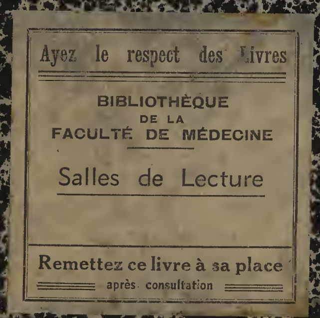
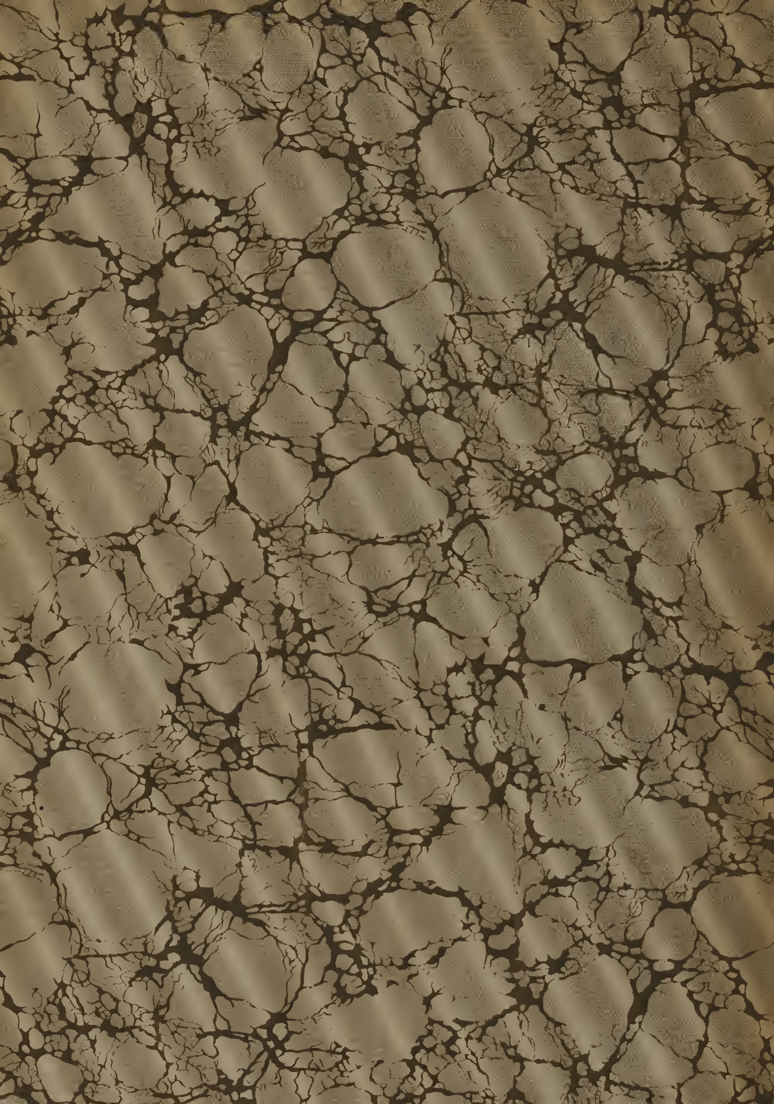
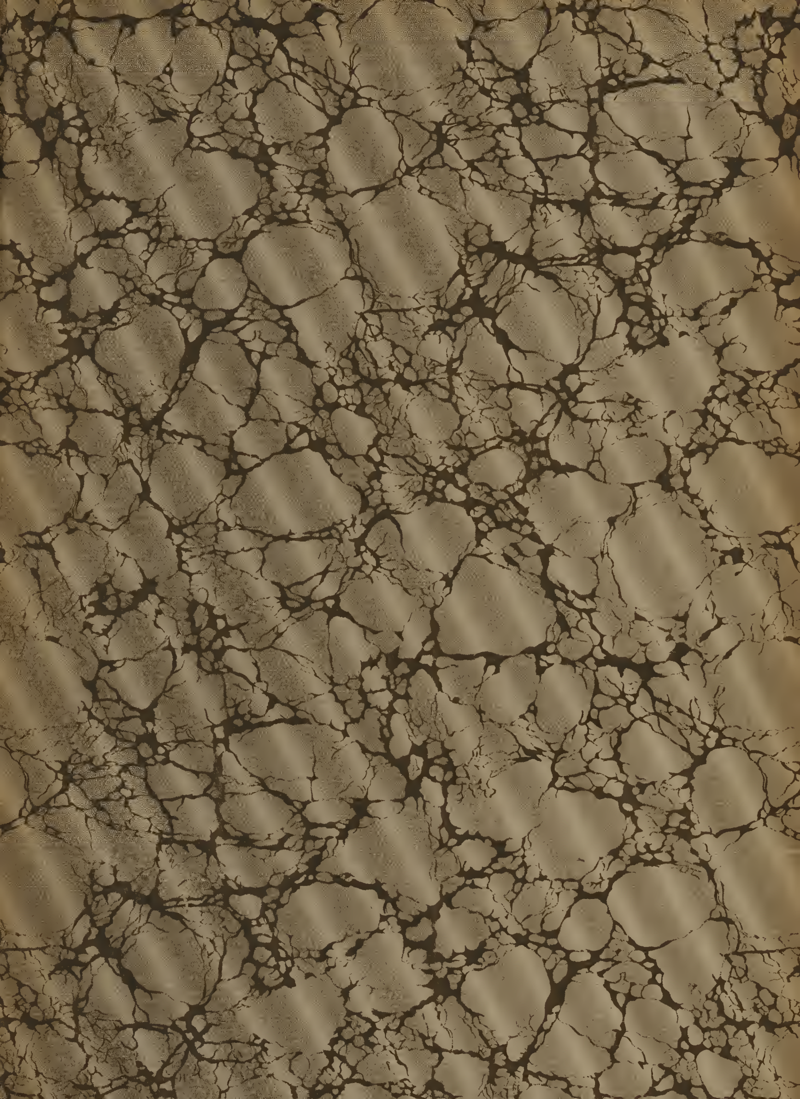
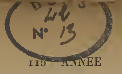

BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
SP


Ayez le respect des Livres
BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE
Salles de Lecture
Remettez ce livre à sa place
après consultation







25 90130

Nos 1-2. — 7-10 JANVIER 1942 115e ANNÉE Ces deux numéros groupés : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies..................Un an. 75 fr.
Etudiants.......................... « 40 fr.
Etranger. — 1re zone : 100 fr. ; 2e zone : 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.



SOMMAIRE

Au début de cette nouvelle année, nous adressons nos vœux particulièrement cordiaux à nos lecteurs et à leurs familles. Notre pensée va plus affectueusement encore aux confrères retenus dans les camps de prisonniers, à tous ceux qui sont éloignés de leur foyer ou qui ont à le reconstruire.

Nous demandons à tous de nous faire confiance, de nous aider par leur fidélité, si souvent affirmée, à traverser la période pleine de difficultés qui s'ouvre pour la presse médicale.

En raison des restrictions sur le papier qui deviennent de plus en plus sévères, nous attirons l'attention des auteurs sur la nécessité absolue de condenser au maximum leurs publications, qu'il s'agisse de travaux originaux, de comptes rendus de sociétés ou même de simples communiqués. Nous les remercions d'avance de l'effort qu'ils voudront bien faire dans ce sens.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le Sous-Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé communique :

« Les Hautes Autorités d'occupation ayant accepté que les externes des hôpitaux de Paris se trouvant en zone non occupée puissent rentrer en zone occupée, pour reprendre leurs fonctions, il est précisé que des laissez-passer pourront être accordés aux externes se trouvant dans les conditions ci-dessus.

« Les demandes des intéressés devront être adressées aussitôt que possible aux services de la Passierscheinestelle 15, à Moulins, qui ont reçu les instructions nécessaires par l'intermédiaire du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé à Vichy. »

MUTATIONS DES MÉDECINS EN 1942 :

I. SERVICES. — Hôtel-Dieu : M. le Dr Henri Bénard prend le service de M. le Dr Baudouin ; M. le Dr Nicaud remplace M. le Dr Henri Bénard.

Saint-Antoine : M. le Dr Jacquet remplace M. le Dr Cain.

Necker : M. le Dr Richet remplace M. le Dr Aubertin.

Enfants-Malades : M. le Dr Chevalley remplace M. le Dr Richet.

Cochin : M. le Dr Coste remplace M. le Dr Chevallier.

Bichat : M. le Dr Rivet remplace M. le Dr Boidin ; M. le Dr Paraf remplace M. le Dr Nicaud.

Broussais : M. le Dr Chevallier prend le service créé.

Ambroise-Paré : M. le Dr Decourt remplace M. le Dr Jacquet ; M. le Dr Peron remplace M. le Dr Levesque.

Claude-Bernard : M. le Dr Celice remplace M. le Dr Marquézy.

Saint-Louis : M. le Dr Degos, médecin des hôpitaux, faisant fonctions de chef de service, remplace M. le Dr Tzanck.

Trousseau : M. le Prof. Cathala prend le service de M. le docteur Paisseau ; M. le Dr Marquézy remplace M. le Dr Cathala.

Enfants-Assistés : M. le Dr Lelong prend le service de M. le Prof. Lereboullet.

Salpêtrière : M. le Dr Levesque remplace M. le Dr Ribadeau-Dumas.

Ivry : M le Dr Perrault, médecin des hôpitaux, faisant fonctions de chef de service, remplace M. le Dr Coste.

II. CONSULTATIONS. — M. le Dr Escalier, hôpital Tenon ; M. le Dr Hillemand, hôpital Saint-Louis ; M. le Dr de Brun du Bois Noir, hôpital Laënnec ; M. le Dr Albot, Hôtel-Dieu.

Hôpital Léopold-Bellan. — M. le professeur René Leriche a pris la direction chirurgicale de l'hôpital Léopold-Bellan, à Paris, à la date du 1er janvier 1942.

JÉCOL
CACHETS DE COMBRETUM POUR LE FOIE. — COURBEVOIE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS
DÉJARDIN
Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue

Faculté de Médecine de Paris. — Des concours du clinicat auront lieu dans la première quinzaine de janvier 1942.

Nombre de places mises au concours :

Clinique des maladies infectieuses, 3, dont 2 sans traitement.

Clinique cardiologique, 2 sans traitement.

Clinique médicale, 3 dont 2 sans traitement, plus une place à titre étranger.

Clinique chirurgicale infantile, 2 sans traitement.

Clinique obstétricale Tarnier, 1 sans traitement.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Joulia, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Faculté de Médecine de Lille. — Sont chargés d'enseignement : MM. Driessens, anatomie pathologique ; Razemon, pathologie externe ; Palliez, accouchements ; Ingelrans, médecine opératoire ; Huriez, pathologie interne ; Bizard, physiologie ; Coutelen, parasitologie ; Boulanger, chimie biologique ; Muller, médecine légale ; Balatre, pharmacie ; Warembourg, hygiène et bactériologie ; Watel, anatomie. Sont nommés chefs de travaux : MM. Swyngedauw, physique ; Duvillier, physiologie ; Morel, histologie ; Duthoit, anatomie pathologique ; Dehay, botanique et matière médicale ; Merville, chimie.

La chaire de chimie minérale et toxicologie est déclarée vacante. (*J. O.*, 1er janvier 1942.)

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Pigeaud, agrégé, est chargé provisoirement de la chaire de clinique obstétricale (M. Voron, ret.) ; M. Paupert-Ravault est chargé de la chaire de pathologie médicale.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. le Prof. Delas est nommé membre du Conseil de l'Université de Toulouse.

Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. — Par décret, en date du 19 décembre 1941, sont nommés membres de la section dentaire du Conseil Supérieur de l'Ordre : MM. Hulin (de Paris), président ; Béliard, Billoret (de Paris) ; Dubreuil (de la Somme) ; Rachet (de Paris) et M. le professeur Viallier (de Lyon).

Académie des Sciences. — PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS en 1941 :

CHIMIE. — Fondation Cahours (2.500 francs). — Les arrérages de la fondation sont attribués à M. Jean Courtois, pharmacien des hôpitaux, pour ses recherches sur les phosphatases.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — Prix Montyon : Deux prix de 2.500 francs sont décernés :

— A M. Noël Fiessinger, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, pour ses études sur les méthodes d'exploration fonctionnelle du foie ;

— A M. Maurice Lœper, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, pour ses travaux sur le soufre en biologie et en thérapeutique.

Une mention honorable est accordée à M. Guy Ledoux-Lebard, docteur en médecine, pour son ouvrage intitulé : *L'Hépatosplénographie.*

Prix Barbier (2.000 fr.). — Le prix est décerné à MM. Maurice Villaret, membre de l'Académie de Médecine ; Louis Justin-Besançon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris ; Stanislas de Sèze, médecin des hôpitaux de Paris ; et René Cachera, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, pour leurs travaux sur la physiologie de la vaso-motricité cérébrale et les embolies du cerveau.

Prix Godard (1.000 francs). — Le prix est décerné à M. Maurice Chevassu, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, pour ses travaux sur l'urétéropyélographie rétrograde.

Prix du baron Larrey (1.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Bernard Le Bourdellès, professeur au Val-de-Grâce, pour ses travaux sur les enseignements médicaux de la guerre de 1939-1940.

CANCER ET TUBERCULOSE. — Prix Eugène et Amélie Dupuis. — Deux prix de 4.000 francs sont décernés :

— A Mlle Marguerite Faure, assistante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, pour son ouvrage intitulé : *Les Haptènes lipoïdiques de fixation de l'alexine. Recherches sur l'Haptène lipoïdique et les phosphatides du bacille tuberculeux* ;

— A M. Jean Bablet, chef de service à l'Institut Pasteur de Paris, pour ses recherches sur le cancer chez les races de couleur.

Fondation Henriette Régnier (4.000 francs). — Un prix est décerné à M. Chaetas Hulin, docteur en médecine, pour sa thèse intitulée : *Parodontoses pyorrhéiques ou Pyorrhées alvéolaires.*

PHYSIOLOGIE. — Prix Montyon (1.500 francs). — Le prix est décerné à M. Francis Rathery, membre de l'Académie de Médecine de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Physiologie des reins.*

PRIX GÉNÉRAUX. — Prix Lallemand (1.800 fr.). — Le prix est décerné à M. André Pézard, préparateur à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, pour ses études quantitatives des cellules de Purkinje du cervelet.

Prix Serres (7.500 francs). — Le prix est décerné à M. Constantin Dawydoff, directeur de recherches du Centre national de la recherche scientifique, pour l'ensemble de ses études embryogéniques.

Prix Lonchampt (4.000 francs). — Le prix est décerné à M. Henri Velu, vétérinaire militaire, pour ses travaux sur le Darmous du Maroc.

Prix du Général Muteau (20.000 francs). — Le prix est décerné à M. Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur et à Mme Jacques Tréfouël, née Thérèse Boyer, ainsi qu'à MM. Federico Nitti et Daniel Bovet, leurs collaborateurs, pour leur découverte de l'emploi de l'aminophénylsulfamide dans le traitement des maladies bactériennes et des plaies, en particulier des plaies de guerre.

Prix Laura Mounier de Saridakis (14.000 francs). — Le prix est décerné à M. Ernest Fourneau, membre de l'Académie de Médecine, chef de service à l'Institut Pasteur, pour l'ensemble de ses travaux de chimie appliquée à la thérapeutique.

FONDS GÉNÉRAUX DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES. — Fondation Loutreuil. — Une subvention de 3.000 francs à M. Maurice Pierre, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse, pour ses recherches relatives aux mécanismes physiologiques de la calorégulation.

Fondations Villemot et Carrière. — Les subventions suivantes sont accordées :

— 15.000 francs à M. Raymond Jacquot, directeur du Laboratoire de biochimie de la nutrition, pour l'achat d'un électrophotomètre de Meunier, destiné à l'étude des vitamines ;

— 5.000 francs à M. Bernard Nhard, boursier de recherches à l'Institut Pasteur, pour une publication su les cancers ;

— 8.000 francs à M. Albert Peyron, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, pour ses travaux sur le développement de la parthénogenèse polyembryonique chez l'homme ;

— 10.000 francs à M. Maurice Piettre, docteur ès sciences, pour l'achat d'appareils destinés à ses recherches biochimiques ;

— 15.000 francs à M. Paul Portier, membre de l'Académie des Sciences, pour aider aux recherches de ses élèves du Laboratoire de physiologie à l'Institut océanographique.

FONDATIONS SPÉCIALES. — Fondation Launelongue (2000 francs). — Les arréages de la fondation sont attribués à Mme Gabriel Cusco.

Fondation Girbal-Baral. — Quatre allocations de 10.000 francs sont accordées :

— A Mlle Arlette Feder, interne des Hôpitaux de Paris ;

— A M. Lucien Hartmann, externe des Hôpitaux ;

— A M. Antoine Remond, externe des Hôpitaux ;

— A M. Jacques Viala, externe des Hôpitaux.

Voir la suite des Informations, page 14.

SINAPISME RIGOLLOT
RÉVULSION RAPIDE ET SURE
POUDRE DE MOUTARDE RIGOLLOT
POUR USAGE MÉDICAL
Cataplasmes sinapisés - Grands Bains - Bains de Pieds
Vente en Gros : DARRASSE, Phcien, 13, rue Pavée, PARIS
R. C. 17602

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe



42
N° 13

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo* *Poudre de Belladone* *Evonymine brune, Agar-Agar* *1 à 2 comprimés 1/2 heure* *avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
ASCITES		
DIURÈNE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait TOTAL* *d'Adonis Vernalis*	Œdèmes et Ascites Extrasystoles - Dyspnées
VITAMINES		
AMINO-VIT "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*3 Vitamines essentielles : B_1, C, D* *+ 3 Acides aminés indispensables :* *tryptophane, histidine, lysine* Comprimés agréables à croquer Nourrissons, enfants, adultes	Alimentation insuffisante ou mal réglée Asthénie, convalescences Etats de carence, etc.
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j. Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.

VS-1-1942

L'ARHÉOL Principe actif de l'essence de Santal
dans la blennorragie
est le complément des sulfamides

LYXANTHINE
granulé effervescent
Iode et soufre - Gluconate de calcium - Bitartrate de lysidine
ARTHRITISME
GOUTTE
RHUMATISMES

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER
42, rue du Docteur-Blanche, PARIS

Contre les DÉFICIENCES ALIMENTAIRES & LES PRÉCARENCES

flétase huile de foie de poisson riche en VITAMINE A
compense le manque de produits laitiers, assure une croissance normale chez l'enfant
(5 à 30 gouttes par jour)
(flacons de 10 cm3

vitascorbol VITAMINE C
indispensable chaque fois que les fruits et les plantes vertes font défaut
Rend le terrain plus résistant à l'infection. (1 comprimé par jour)
(tubes de 20 comp. à 0g05)

bévitine VITAMINE B1
améliore la digestion des pâtes et farineux. Protège le système nerveux
(1 comprimé par jour)
(tubes de 20 comp. à 0g005)

ergorone VITAMINE D
favorise l'assimilation et la fixation des sels minéraux apportés par les aliments
(flacons de 15 cm3 de Sol. à 0g03%) (5 à 10 gouttes par jour)

Société Parisienne d'Expansion Chimique SPECIA marques Poulenc Frères et Usines du Rhône • 21, rue Jean Goujon • Paris-8e

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme, un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES - GRIPPE - RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boulevard Haussmann — PARIS

QUELQUES ENSEIGNEMENTS DE LA RÉFLEXOTHÉRAPIE VASO-TISSULAIRE

Par M. L. Alquier

Appliquées sur les parties molles, nos mains y perçoivent des réflexes que leur action excite ou modifie. Ainsi constituée, la réflexothérapie manuelle est rendue plus efficace par l'adjonction d'agents physiques appropriés. Réduisant au minimum les excitations sensitives et motrices, la réflexothérapie s'adresse, d'une manière sélective, aux réactions vaso-tissulaires. Battements artériels, couleur et chaleur des chairs, varient comme la vaso-motricité, mais de continuels changement de forme, volume et consistance, indiquent une activité neurotonique étendue à l'ensemble des parties molles et dont les variations ne concordent qu'imparfaitement avec celles de la vaso-motricité. L'hypertonie rétracte les chairs par crises aiguës de spasmes transitoires, ou détermine un enraidissement permanent, ayant l'aspect du tissu fibreux, mais s'assouplissant par détente. L'hypotonie se traduit par la laxité et la flaccidité neuro-paralytiques. Ce neurotonus étreint et déforme muscles, viscères, articulations, paquets vasculo-nerveux, mais son réglage réflexothérapique montre qu'il appartient en propre au tissu qui remplit les moindres interstices, et constitue l'appareil conjonctivo-lymphatique. La même rétractilité s'observe sur le système adéno-lymphangitique.

Négligeant aujourd'hui la technique, nous résumerons quelques enseignements fournis par la réflexothérapie vaso-tissulaire.

***

Dans le chaos des troubles fonctionnels, elle discerne toujours les mêmes constituantes, nous apprend la signification de chacune, et l'interdépendance des réactions qui, à chaque perturbation de l'une ou l'autre, ajoute d'autres réactions génératrices de nouveaux troubles. Pâleur, refroidissement, affaiblissement des battements artériels, caractérisent la vaso-constriction ; rougeur, chaleur, renforcement des battements artériels, indiquent l'afflux de sang artériel ; émotions, excitations les plus diverses, réalisent l'un ou l'autre ; suivant les tendances individuelles le déséquilibre nerveux associe les réactions opposées, qui s'entremêlent et se succèdent de la façon la plus irrégulière. La réflexothérapie régulatrice des troubles artériels doit agir sur les gros vaisseaux : sur la fémorale au triangle de scarpa, contre l'artérite oblitérante du membre inférieur ; sur l'axillaire ou la sousclavière pour ramener le sang aux doigts ; sur la région précordiale dans la syncope; à la région sterno-claviculaire, pour réglage des troubles vaso-moteurs thoraco-abdominaux, des pyrexies ou des syndromes neuro-végétatifs ; à l'épigastre, enfin, pour réglage abdominal. L'excitation consiste en menues pressions rythmées à la cadence des battements artériels, et intercalées entre deux battements successifs. Pressions perpendiculaires à l'axe du vaisseau, étirements dans le sens du courant, activent le débit artériel, que freinent des étirements à contre-courant. Des tractions rythmées sur un pli cutané pincé entre les dogts, réalisent un réglage d'ensemble.

La teinte violacée de la peau indique le défaut d'oxygénation du sang dans la maladie bleue, les asphyxies, les insuffisances de la circulation capillaire ; refroidissement et varicosités achèvent de caractériser l'insuffiance capillaro-veinulaire.

La réplétion sanguine gonfle organes et chairs, et soulève la peau par une tuméfaction rouge, chaude, pulsatile, qui n'est pas toujours le prélude d'un phlegmon ; celle de l'urticaire géant s'efface aussi vite qu'elle s'est formée : en profondeur, l'afflux sanguin remplit les interstices d'un gonflement uniforme, chaud parfois, pulsatile dans la congestion artério-capillaire, froid et sans battements dans l'afflux de sang veineux. Quelques excitations régulatrices suffisent, alors, pour rendre aux chairs leur aspect normal.

La parfaite santé comporte l'harmonie des lignes, la souplesse des chairs, sujettes seulement au léger gonflement de l'afflux sanguin du travail, insuffisant pour masquer les détails anatomiques.

En dehors de toute inflammation ou lésion organique, les variations de forme, volume et consistance, modifiables par la réflexothérapie vaso-tissulaire, résultent de deux réactions pathologiques : troubles du neurotonus rétractile tissulaire, produits morbides inclus dans l'appareil conjonctivo-lymphatique.

L'insuffisance du neurotonus rétractile tissulaire, donne aux chairs, une flaccidité paralytique, avec laxité articulaire, même si le tonus musculaire est encore suffisamment conservé. La congestion exsudative, inondant de sérosité un système conjonctivo-lymphatique sans tonicité, y détermine l'œdème mou neuro-paralytique, soit aigu comme dans la maladie sérique ou comme l'œdème du cou des angines hypertoxiques, soit chronique comme celui des cardiopathies décompensées ou des affections veineuses, qui, aux points déclives, s'accumule jusqu'à éclatement de la peau. La nature neuro-paralytique de tels œdèmes s'affirme encore par les veinosités violacées indices de paralysie capillaro-veinulaire, et, dès que les réactions vaso-tissulaires s'améliorent, la sérosité se résorbe par retour direct au sang dont elle était issue.

Le spasme tissulaire fait partie du syndrome d'irritation neuro-végétatif. Traits tirés, peau rétractée sur les plans profonds, indiquent, dit-on, le spasme des peauciers et des fibres lisses du derme ; mais, souvent, la peau, pincée et roulée entre les doigts, est parfaitement souple, et se laisse étirer librement, alors que la rétraction apparaît plus profonde. L'angoisse qui étreint gorge et épigastre, coïncide avec un enraidissement régional de l'ensemble des parties molles, et la main dont l'action provoque la détente tissulaire constate que la rétraction siège dans les tissus interstitiels, non dans la substance contractile des muscles.

Pour être efficace, l'excitation réflexogène doit atteindre les points où le spasme rétractile est au maximum : toute irritation ou détente du spasme qui rétracte et indure ces points, se généralise à toute la région, et, à distance, des réactions analogues s'observent en toutes parties du corps dont la réflectivité correspond à celle du point directement excité. Dans certaines céphalées, l'examen dépiste : soit un enraidissement diffus des tissus adjacents aux sutures craniennes, soit une crise de rétraction tissulaire enraidissant et endolorissant une périartérite congestive ; soit un torticolis douloureux par spasme tissulaire étreignant une adéno-lymphangite profonde de la région scalénique, alors que l'excitation de la région douloureuse est inopérante ou même irritante, elle réalise immédiatement détente et apaisement si elle porte sur le spasme, souvent ignoré du malade, qui étreint voies biliaires, intestin ou organes pelviens.

Inversement, la rétraction du cou irrite pneumogastrique et sympathique, gêne circulation sanguine et lymphatique dans la tête et la ceinture scapulo-thoracique, congestionne les muqueuses du naso-pharynx et du larynx, cause des bourdonnements d'oreilles et fatigue la vue. Sa détente calme d'innombrables troubles répartis dans l'organisme entier.

Ainsi, la réflexothérapie fait, parfois, repérer le point de départ de réactions disséminées dans tout l'organisme et, souvent, plus bruyantes que leur cause elle-même.

L'étude des points réflexogènes nous apprend quelle est leur constitution, et de quels troubles ils sont responsables. Sur l'artère temporale bosselée, sinueuse, indurée, recherchons les points où l'enraidissement rétractile est au maximum pour en tenter la détente à l'aide de menus étirements dans le sens du courant sanguin. La moindre irritation aggrave spasme rétractile, bosselures et sinuosités, la détente efface ses inégalités et rend à l'artère souplesse, régularité des contours, pulsatilité. Sous les doigts, l'induration réflexogène se fragmente en petits grains qui s'échelonnent autour de l'artère et tendent à se déplacer suivant le courant lymphatique. Tant que ces grains réflexogènes persistent ou se reforment, de nouvelles réactions irritatives sont à craindre lors de toute nouvelle citation. Ceci est vrai pour tous les points réflexogènes et explique

les réveils de douleurs, spasmes, crises vaso-motrices, aux points où l'exploration digitale montre un nodule cellulitique, un œdème, ou toute séquelle d'inflammation latente ou guérie.

Nous entrevoyons aussi pourquoi spasmes et enraidissements ont des effets si variés. Les violentes crises de rétraction qui, brusquement, étreignent un os, tiraillent et déplacent les assemblages squelettiques lors d'un spasme de torsion, d'une crise de contracture, sont bien tolérés, s'ils étreignent des tissus normaux ou des œdèmes et engorgements adéno-lymphangitiques non irritants par eux-mêmes, et respectant les divers éléments nerveux.

Au contraire, le minuscule hématome accompagnant la piqûre d'un filet nerveux du doigt détermine la brûlure irritante, progressivement étendue à tout le trajet du nerf, et qui s'apaise avec le moindre déplacement du petit nodule irritant. Périviscérites, enraidissements musculaires, périarthrites, périsynovites, périvascularites, ne deviennent dolouréux que si une poussée congestive les échauffe, ou bien si une irritation nerveuse, même éloignée, vient y réveiller le spasme.

La variabilité de ces troubles s'explique, en partie du moins, par la localisation des rétractions réflexogènes. L'irritation du pneumogastrique et du sympathique se traduit par des crises vaso-motrices et des troubles viscéraux ; celle des nerfs sensitifs par la douleur ; celle des nerfs moteurs par des crampes, contractures ou rétractions musculo-tendineuses. Certains prurits, certaines dermatoses, sont améliorés par la détente et aggravés à chaque recrudescence de la congestion et du spasme.

Les points réflexogènes sont, objectivement, marqués par le maximum des réactions irritatives. Nos doigts y rencontrent un creux de rétraction particulièrement enraidi, centré par un nodule saillant en bouton de capitonnage ; parfois, la rétraction est remplacée par un gonflement congestif, une adéno-lymphangite, dont la tuméfaction est enraidie par la rétraction. Les minuscules grains irritables des points de Valleix ou du rhumatisme sacro-lombaire apparaissent disposés sans ordre, s'ils sont peu nombreux ou récents, mais, rapidement, ils s'orientent en traînées lymphangitiques, reliant entre eux des ganglions engorgés. La détente et l'apaisement ne sont que transitoires, tant que le drainage lymphatique régional demeure insuffisant ; la lymphangite se vide d'elle-même, dès que se perméabilisent les ganglions lymphatiques engorgés. Ceci est particulièrement net pour la cellulite lymphangitique et l'induration, séquelles d'une inflammation locale guérie ; le rétablissement du drainage lymphatique assouplit l'ensemble, alors qu'un traitement n'atteignant que le foyer principal, et négligeant la lymphangite ne fait qu'irriter davantage.

La synovie épaissie, échappée d'une gaîne malade, se fixe sous la peau en grains durs, très irritables, orientés en traînées lymphangitiques, difficilement réductibles par réflexothérapie.

Les troubles si tenaces, dits physiopathiques, sont, souvent, attribuables aux hématomes profonds de l'avant-bras, collés aux os, et bridés par les insertions fibreuses qui empêchent leur migration.

Des capillaires sanguins, sort la sérosité qui inonde le système conjonctivo-lacunaire pour y devenir la lymphe. La congestion devient aisément exsudative, et l'excès de sérosité distend de bouffissures et d'œdèmes le système conjonctivo-lymphatique. Tandis que les œdèmes résorbables sur place sont mous par neuro-paralysie tissulaire, d'autres se mêlent à la lymphe, cheminant avec elle, dans le système conjonctivo-lymphatique jusqu'aux veines sous-clavières. A ceux-ci, la rétraction tissulaire oppose un barrage qui les fixe sur place.

L'hypotonie tissulaire permet ces obésités œdémateuses généralisées et progressives, parfois monstrueuses, contre lesquelles le traitement causal seul peut agir, la réflexothérapie ne pouvant guère stimuler l'insuffisance réactionnelle vaso-tissulaire.

Innombrables sont les malades dont l'organisme est envahi par un mélange de bouffissures, de spasmes douloureux et de troubles vaso-moteurs. Le troubles réactionnels sont, alors, souvent au premier plan, et constituent une véritable maladie cellulitique, englobant les diverses formes de l'ancien arthritisme. La réflexothérapie des points réflexogènes diminue l'irritation nerveuse, dans la mesure où elle ne dépend pas de lésions irréductibles, et l'activation du courant lymphatique réalise, en accélérant l'arrivée au sang des veines sous-clavières, une auto-immunisation par un processus inverse de l'auto-hémothérapie, tandis que fatigue, fièvre, indiquent une nocivité excessive de la lymphe, nécessitant le traitement de l'infection causale ou des troubles hépato-digestifs et endocriniens. En présence de gros œdèmes localisés, la levée des engorgements lymphatiques et des barrages cellulitiques qui les fixent sur place, est seule capable d'en obtenir la résorption.

Ainsi orientée vers la détente des spasmes tissulaires et de la cellulite, la réflexothérapie de détente influence, d'une manière variable, l'ensemble des fonctions nerveuses et viscérales, et les troubles vaso-moteurs, si souvent dus à la lymphangite juxta-vasculaire, dont l'action ne se borne pas à irriter le sympathique périartériel, mais atteint les divers éléments constitutifs des paquets vasculo-nerveux.

L'étude réflexothérapique des syndromes vaso-tissulaires aboutit aux CONCLUSIONS GÉNÉRALES suivantes :

Tout trouble nerveux perturbe vaso-motricité et neurotonus rétractile conjonctivo-lymphatique. Réactions vaso-motrices et tissulaires s'associent de façon irrégulière, sans apparence de systématisation. Constriction ou dilatation artério-capillaire, aussi bien que dilatation neuro-paralytique capillaro-veinulaire coïncident avec les variations les plus opposées du neurotonus tissulaire, et le déséquilibre réactionnel semble, souvent, la note dominante.

Les perturbations humorales infectieuses ou toxiques, ainsi que celles dues à quelque trouble viscéro-endocrinien, provoquent des réactions vaso-motrices, avec, fréquemment, congestion exsudative. L'inondation séreuse du système conjonctivo-lacunaire se traduit par des œdèmes. Ceux qui sont résorbables par retour direct aux vaisseaux dont ils sont venus, s'accumulent sur place, grâce à la paralysie tissulaire, souvent accompagnée de paralysie capillaro-veinulaire. Au contraire, si l'inondation séreuse se mêle à la lymphe, dont elle partage la diffusion de proche en proche, et le cheminement dans les voies du drainage lymphatique, la rétraction tissulaire entrave diffusion et drainage. Il en est de même pour l'inflammation locale insuffisante pour annihiler la rétractilité. Tout foyer inflammatoire atténué ou éteint, toute substance irritante introduite dans l'appareil conjonctivo-lymphatique, sont étreints par la rétraction ; ainsi se forment ces placards diffus, ces nodosités, grains ou filaments durs, mais réductibles par détente tissulaire, qui constituent ce qu'en France on appelle, si improprement, la cellulite.

La rétraction étreignant un engorgement lymphatique juxta-vasculaire, détermine un syndrome d'irritation vaso-névritique et une hypertonie tissulaire diffuse, avec, à la moindre irritation, des spasmes qui provoquent une crise nerveuse, se traduisant par un syndrome neuro-végétatif aigu, souvent accompagné de troubles névraxiques. En pareil cas, la détente tissulaire est le meilleur moyen d'apaiser la crise nerveuse et le dégagement des engorgements lymphatiques est indispensable à la guérison. Celle-ci persiste autant que cesse l'irritation due, soit à un trouble nerveux, soit à une viciation humorale, soit à une cause locale.

LIVRES NOUVEAUX

Le Rachitisme, par A.-B. MARFAN. Un vol. broché de 125 pages. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 1942.

Dans ce nouveau volume, M. le professeur Marfan nous fait profiter de sa haute expérience en mettant au point, à l'usage du praticien, l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie, la pathogénie, le traitement et la prophylaxie du rachitisme. Depuis vingt ans, les recherches sur le rachitisme expérimental, l'action antirachitique des rayons ultra-violets et celle de l'ergostérol irradié (vitamine D), ont modifié les moyens d'action sur cette dystrophie. Mais ces travaux sont épars, on trouvera dans le volume du professeur Marfan toutes les notions complétant ses beaux travaux antérieurs, toujours classiques, sur le rachitisme.

M. L.

RÉSYL
NOM DÉPOSÉ
ETHER GLYCÉRO-GAÏACOLIQUE
CIBA

TOUX
CATARRHES
RHUMES
BRONCHECTASIES
BRONCHITES
TUBERCULOSE

COMPRIMÉS
2 à 6 par jour

SIROP
2 à 6 cuillerées à café par jour

AMPOULES
1 tous les deux jours

LABORATOIRES CIBA
O. ROLLAND, 103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

430



laxatifs doux

par leurs extraits végétaux (sans drastiques)

cholagogues

par leurs extraits opothérapiques

les comprimés de

MUCINUM

réalisent une médication parfaite
contre la constipation

1/2 à 2 comprimés par jour

FORMULE
Association de poudre et extraits végétaux (sans drastiques), d'opothérapiques et de dihydroxyphtalophénone.

INNOTHÉRA

MODE D'EMPLOI
1/2 à 2 comprimés par jour

Laboratoire CHANTEREAU (ARCUEIL-PARIS)

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Lithiases et néphrites oxaliques expérimentales

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

On sait qu'il existe plusieurs lithiases rénales : urique, phosphalique et oxalique, cette dernière caractérisée par l'existence de calculs de couleur foncée, très durs, compacts, à surface hérissée d'aspérités, de mamelons, qui les font ressembler à une mûre (*calculs mûriformes*). Ces calculs, J. Pohl les a, le premier, en 1896, reproduits expérimentalement par administration d'éthylène-glycol. Reprenant leurs recherches, MM. Chiray, L. Justin-Besançon, G. Albot, C. Debray et J. Diérick se sont occupés, tant à la *Société de Biologie de Paris* (séance du 8 mars 1941, n°s 5-6, pp. 284-288 des *Comptes Rendus*) qu'à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (séance du 2 mai 1941, n°s 13-14, pp. 379-384), et dans leur rapport au *Congrès de l'insuffisance rénale* (Evian, septembre 1938), de les compléter et, surtout, de préciser la nature et le mécanisme des lésions rénales ainsi déterminées.

L'acide oxalique, toxique, est produit par l'oxydation du glycol éthylénique, selon la formule suivante :

$$\begin{matrix} CH^2OH \\ | \\ CH^2OH \end{matrix} + 2\,O_2 = \begin{matrix} COOH \\ | \\ COOH \end{matrix} + 2\,H_2O$$

Glycol éthylénique — Acide oxalique

Expérimentation. — Les auteurs ont utilisé un glycol purifié par plusieurs rectifications, et qu'ils ont administré à des rats blancs, mélangé à l'eau de boisson. Chaque animal, vivant dans une cage métallique à fond double, était nourri de grains (blé et avoine), d'échaudés, et, une fois par semaine, de salade fraîche. Chaque cage possédait un petit abreuvoir contenant la solution de glycol à étudier et conçu de manière à éviter toute perte ou pollution de liquide. Les abreuvoirs étaient remplis à intervalles réguliers et l'on notait, pour chaque animal, la quantité de liquide ingéré.

Les résultats ont varié avec les doses.

Doses *fortes*. Elles donnent, à tout coup, des néphrites aiguës avec dépôt de cristaux d'oxalate.

Avec des doses *moyennes*, on peut obtenir, ou une néphrite épithéliale chronique sans dépôt cristallin, ou une lithiase oxalique intracanaliculaire.

Avec des doses *faibles*, aucune lésion rénale, aucun dépôt de cristaux oxaliques, le glycol se trouvant oxydé et, vraisemblablement, utilisé comme énergétique.

Il existe donc un véritable *seuil* au-dessous duquel l'oxalurie fait défaut.

Etude histologique. — Elle a été faite en détail par les mêmes auteurs, dans les *Annales d'Anatomie Pathologique*, avril 1939, n° 4, pp. 393-406. En voici les données essentielles.

Les lésions réalisent quatre types différents.

I. — *Lithiases oxaliques aiguës avec néphrite toxique.* — Elles sont superposables à celles que l'on observe chez l'homme à la suite d'intoxication accidentelle par l'éthylène-glycol (Hansen, Reid Huent) et consistent en : 1° néphrite épithéliale et congestive intense ; 2° gros dépôt oxalique, avec nécrose péricristalline. Ces *lithiases aiguës*, spéciales à l'intoxication par le diéthylène-glycol, sont sans doute transitoires, si l'intoxication vient à cesser.

II. — *Lithiases oxaliques chroniques.* — Ici, plus de gros calculs occupant le parenchyme rénal, mais seulement une microlithiase intracanaliculaire. « Ainsi s'est trouvée réalisée une *lithiase rénale vraie*, par opposition à ce qu'on pourrait appeler la lithiase strictement urinaire, qui a son siège dans le bassinet et qui n'est vraisemblablement que la concrétion macroscopique de la microlithiase rénale ». La cristallisation est donc contemporaine des stades initiaux de la formation de l'urine, puisqu'elle occupe l'intérieur des tubes contournés. Dès le stade canaliculaire se trouvent donc réalisés les phénomènes locaux (rôle du *pH* et de la composition de l'urine) qui président à la formation de la lithiase oxalique.

III. — *Néphrites chroniques lithiasiques.* — Elles sont caractérisées par des lésions congestives, dégénératives et scléreuses, qui semblent dues à la présence de cristaux d'oxalate de calcium dans le parenchyme rénal, puisqu'on ne les retrouve jamais lorsque cette condition n'est pas remplie.

IV. — *Néphrites épithéliales chroniques sans lithiase.* — Légères, intéressant les tubes, dont les cellules deviennent granuleuses, tandis que leur pôle apical perd ses limites franches, elles peuvent s'observer en dehors de toute précipitation oxalique.

Reste à interpréter les *résultats*. Il est évident que les lésions rénales relèvent de causes diverses : production d'acide oxalique, élimination du glycol en nature, action des produits intermédiaires du métabolisme de l'alcool divalent.

Rôle de l'acide oxalique. — 1 à 2 p. 100 seulement du glycol étant transformés en acide oxalique, il est évident que l'organisme « s'arrange » pour éviter la production d'un acide aussi nocif, même quand il a à sa disposition, un corps aussi facilement oxaligène que le glycol.

Rôle du glycol lui-même. — Une partie de l'éthylène-glycol se retrouvant dans les urines, ce corps joue, sans doute (v. Œdingen et Jirouch) un rôle dans la production des lésions tubulaires.

Rôle des produits intermédiaires. — Puisque l'acide oxalique et le glycol ne représentent qu'une partie du glycol ingéré, force est d'admettre que parmi les produits intermédiaires, il en est, comme l'oxyde d'éthylène, qu'on ne retrouve ni dans les urines, ni dans les selles, qui sont doués d'une grande toxicité (Brown) et qui jouent un rôle décisif dans la production des lésions rénales.

Comment se défend l'organisme contre les substances oxaligènes? Par élimination, oxydation ou destruction, avec ou sans lésions rénales. Ainsi s'expliquent certaines poussées d'insuffisance rénale chez les lithiasiques, liées à des *poussées de lithiase aiguë*, comme l'existence de *lésions rénales oxalémiques* (M. Lœper) sans lithiase oxalique, dues à des substances intermédiaires. Notons encore l'*étroite spécificité des substances oxaligènes*. Quant à la lithiase *unilatérale avec néphrite contro-latérale*, on peut l'expliquer par l'existence, dans certains cas, d'une néphrite toxique sans lithiase.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 23 décembre 1941

M. le Président annonce la mort de M. Adrien Loir (du Havre), correspondant national depuis 1931.

Rapports. — M. Brocq-Rousseu lit un rapport sur des demandes en autorisation de sérums.

M. Fabre expose l'activité du laboratoire de contrôle du secrétariat à la Santé et de l'Académie de Médecine.

M. Lesage lit un premier rapport sur la mortalité infantile en 1940. Elle fut, comme on pouvait le prévoir, très élevée.

L'auréole péri-eczémateuse. — M. Gougerot parle du phénomène de l'auréole invisible péri-eczémateuse, péri-psoriasique, etc., décelée par l'injection intraveineuse des colorants. Il compare l'auréole colorée avec l'auréole décolorée par badigeon externe.

Action des aérosols d'adrénaline sur la pression artérielle du chien. Evaluation du taux de pénétration transpulmonaire de l'adrénaline. — M. Robert Tiffeneau. — L'inhalation d'aérosols d'adrénaline détermine, chez le chien, une élévation de la pression artérielle à condition d'utiliser une solution mère concentrée (1 %) et de recourir à un animal dont le débit respiratoire est convenable et dont la sensibilité à l'adrénaline a été contrôlée. L'hypertension observée dans ces conditions est modérée (1 à 5 cm. de Hg.) ; elle n'atteint son maximum que vers la 6e ou la 8e minute et cesse rapidement dès la fin de l'inhalation.

En comparant les effets hypertenseurs de l'adrénaline administrée par inhalation et par perfusion intraveineuse continue, l'auteur a pu calculer approximativement la proportion de substance inhalée qui pénètre dans la circulation générale ; ce taux de pénétration varie de 5 à 20 %.

Election. — Renouvellement des commissions permanentes pour 1942 :

Hygiène et maladies contagieuses. — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Marchoux, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon.

Eaux Minérales. — MM. Carnot, Tiffeneau, Radais, Le Noir, Harvier, Lœper, Villaret, Fabre.

Vaccine. — MM. Martin, Petit, Nobécourt, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon, Guérin.

Hygiène de l'enfance. — MM. Marfan, Nobécourt, Renault, Marchoux, Debré, Couvelaire, Lesage, Lesné, Lereboullet.

Sérums. — MM. Martin, Renault, Radais, Brocq-Rousseu, Lemierre, Ramon, Fabre.

Tuberculose. — MM. Marfan, Bezançon, Sergent, Renault, Brouardel, Rist, Guérin, Ribadeau-Dumas, Lesné, Veau.

Hygiène et pathologie exotiques. — MM. Vincent, Brumpt, Marchoux, Lapicque, Perrot, Rist, Tanon, Vallery-Radot, Sacquépée, Urbain.

Institut Supérieur de Vaccine. — Le Conseil et la Commission de la Vaccine.

Laboratoire de Contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Guillain, Tiffeneau, Millan, Gougerot.

Laboratoires des Contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Martin, Carnot, Delépine, Radais, Portier, Ramon, Binet.

Comité de Publication. — MM. le Président, le Vice-Président, Achard, Renault, Brouardel, Baudoin, Auvray, Perrot.

Commission du Dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Souques, Hartmann, Faure, Dumas, Lenormant, Villaret, Laignel-Lavastine, Duhamel, Rist, Rouvillois, Veau.

Commission des membres libres. — MM. les Membres de la section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des Associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Sergent, Gosset, Jolly, Lapicque, Rouvillois, Tiffeneau, Roussy, Bertrand.

Comité secret. — En comité secret l'Académie s'occupe de la prochaine élection du vice-président, qui n'a pu encore avoir lieu.

Vacances. — La séance du mardi 30 décembre a été supprimée.

Séance du 6 janvier 1941

Installation du bureau. — M. Sergent, président sortant, et M. Guillain, président pour 1942, prononcent les discours d'usage. Tous deux sont très applaudis.

Une enquête scolaire. — M. Bezançon présente, au nom du médecin général du cadre de réserve Duguet, le résultat d'observations faites, en 1941, sur les enfants des écoles de Cap-Breton, dans les Landes. Des pesées et des mensurations systématiques ont montré que les conditions actuelles n'ont pas eu d'influence sur la croissance, alors que la diminution de poids s'observait dans 45 % des cas, environ, beaucoup plus chez les filles que chez les garçons. Le grand intérêt de ces observations réside dans ce fait que les conditions d'alimentation étant inchangées, la période des vacances a déterminé une reprise de poids. C'est donc du côté pédagogique qu'il faut chercher un remède, la question de la santé étant aussi importante que celle des programmes.

M. Bezançon insiste sur l'intérêt considérable de cette communication. La question de la sous-alimentation actuelle doit commander les modalités de la vie scolaire.

Vitamine C et fractures. — M. Polonovski présente une note de M. J. Roche et Mme Martin-Poggi sur l'étude biochimique de l'action de la vitamine C sur la réparation des fractures osseuses expérimentales.

Traitement de la gale. — M. H. Leroux et M. Pignot. — La recrudescence très importante de la gale en 1941 a amené les auteurs à utiliser une thérapeutique à la fois efficace et adaptée aux circonstances actuelles. Les corps gras manquant le plus souvent et le benzoate de benzyle se raréfiant, ils préconisent des préparations soufrées dont le support est constitué par une argile colloïdale. Ces préparations peuvent s'appliquer après un savonnage et un bain.

La salubrité des locaux d'habitation. — M. Pierre Joannon déplore l'exiguïté habituelle des cours dans la plupart des villes et, pour éviter cette tare aux immeubles neufs, demande qu'à l'avenir, par une prescription à introduire le plus tôt possible dans tous les règlements sanitaires départementaux, les baies des pièces d'habitation donnant sur un espace libre intérieur disposent de vues directes dont la longueur ne se trouve jamais inférieure à la hauteur des façades limitant lesdites vues.

Élection du vice-président. — En comité secret, l'Académie décide que l'élection du vice-président aura lieu dans quinze jours.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1941

A propos de l'iléite terminale. — M. Ameline et Mlle Gauthier-Villars ont observé un cas où le diagnostic porté avait été tuberculose du cœcum en l'absence d'examen radiologique par voie haute. Résection intestinale. Guérison. A l'examen histologique du méso : endartérite.

Les fièvres post-opératoires. — M. J. Gosset désire envisager les causes des fièvres banales qu'on observe dans les deux ou trois jours suivant une opération abdominale. L'origine en est habituellement considérée comme septique. Ne peut-on, cependant, élargir le cadre des fièvres aseptiques. M. J. Gosset en donne deux exemples particulièrement suggestifs. Il discute ensuite le mécanisme physiologique de la régulation thermique ; il n'existe pas de centre thermorégulateur mais bien une région diffuse qui répond à des excitations très diverses ; la simple hypersécrétion d'adrénaline peut déterminer une augmentation de la température ; la vaso-constriction post-opératoire est hyperthermisante.

M. J. Gosset montre que ce disfonctionnement thermo-régulateur résulte de causes très diverses ; le terrain joue sans doute un rôle important dans le déclenchement de ce disfonctionnement et expliquerait, sans doute, certaines formes graves et, en particulier, le syndrome pâleur-hyperthermie.

Au point de vue patique M. J. Gosset repousse l'utilisation de l'adrénaline et recommande l'administration de carbogène et l'infiltration du stellaire.

Reconstitution du massif facial inférieur. — M. Ginestet. — M. Dufourmentel fait un rapport sur cette observation et présente un film de la technique opératoire utilisée.

A propos de la tolérance de l'os vis-à-vis des corps étrangers. — M. Heitz-Boyer utilise l'association de greffes osseuses vivantes et mortes ; l'hétéro-greffe osseuse est bien tolérée comme le prouvent quelques observations apportées par l'auteur. M. Heitz-Boyer montre la technique qu'il a utilisée à l'aide de son davier réducteur-fixateur.

Séance du 17 décembre 1941

Eloge du Dr J.-Ch. Bloch, décédé. — M. P. Mathieu, président.

Sur le rôle du bacillus funduliformis en pathologie chirurgicale. — MM. A. Lemierre, J. Reilly et A. Laporte passent en revue une série de faits où le bacillus funduliformis a été l'agent d'affections d'ordre chirurgical : abcès dentaires, abcès amygdaliens pouvant se compliquer de phlegmons gazeux de la face et du cou, otites moyennes, mastoïdites, abcès périuréthraux, endométrites post-partrem ou post-abortum, pyléphlébites et suppurations hépatiques secondaires à des appendicites ou à des cancers du rectum.

Ces diverses affections peuvent être l'origine de septico-pyohémies généralement très graves. A la base de ces septico-pyohémies on trouve des thrombo-phlébites développées au voisinage de la lésion primitive engendrée par le germe anaérobie. Ces thrombo-phlébites sont le point de départ de décharges microbiennes dans la circulation et d'embolie septiques expliquant l'aspect clinique assez spécial des septico-pyohémies à bacillus funduliformis. Elles posent occasionnellement l'indication de ligatures et de résections veineuses.

Particulièrement intéressants pour les chirurgiens sont les cas où une septicémie vite guérie ou bien une simple bactériémie éphémère laissent après elles une détermination secondaire isolée, évoluant dès lors pour son propre compte et justiciable de l'intervention opératoire : suppuration pulmonaire, pleurésie purulente ou putride imposant la pleurotomie d'urgence, ostéo-arthrite, abcès intracranien.

Il faut noter que les infections locales ou générales dues au bacillus funduliformis peuvent être diagnostiquées, non seulement au moyen de la recherche de ce microbe dans les suppurations ou par hémoculture, mais aussi grâce à la réaction de floculation spécifique de A. Laporte et H. Brocard.

M. Mondor a observé une septico-pyohémie à funduliformis secondaire à un avortement provoqué ; l'hystérectomie pratiquée montra une infiltration suppurée de la base des deux ligaments larges ainsi que du myomètre. L'hémoculture était positive.

M. Lemierre se montre très réservé sur l'efficacité des sulfamides dans les septicémies chirurgicales et, en particulier, des septicémies à streptocoques et à staphylocoques.

Ostéosynthèses temporaires discrètes. — M. Samain. — M. Oberlin présente quelques observations et la technique utilisée; l'ostéosynthèse est faite au moyen d'une broche fine que l'on enlève au bout d'un certain laps de temps ; des fils de soie sont parfois nécessaires pour compléter la fixation.

M. Mathieu utilise depuis de longues années un procédé de fixation avec crins après réduction de la fracture à ciel ouvert.

M. Moulonguet signale que la méthode de M. Samain a déterminé dans quatre cas des ostéites prolongées.

M. Bergeret qui a utilisé la méthode lui trouve une grande simplicité et, dans la plupart des cas, les résultats ont été excellents.

Kyste dermoïde du médiastin antérieur adhérent au cœur. — M. R. Monod, Walser et Du Castel apportent un nouveau cas de ces tumeurs kystiques du médiastin qui sont des dysembriomes.

M. Monod étudie la disposition topographique de ces tumeurs avant de rapporter son observation personnelle ; au cours de l'exérèse, les adhérences rendirent nécessaires l'ouverture du poumon. Après l'intervention, état de bronchoplégie qui fut amélioré par une chronchoscopie.

M. Monod discute le traitement de ces tumeurs qui doivent toujours être enlevées ; l'extirpation complète est le seul procédé qui permette une guérison définitive. Au point de vue technique,

VITAMINE C

Toutes déficiences organiques:
Maladies infectieuses
Tuberculose
Convalescences
Surmenage
Maladies allergiques
Syndromes hémorragiques
Grossesse
Dystrophies
Croissance.

Comprimés à 50 mg.
2 à 4 par jour.

Ampoules de 2 cc.
à 100 mg.
1 à 2 par jour
sous-cutanées ou endoveineuses.

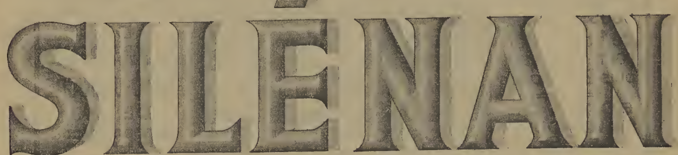
Ampoules de 5 cc.
à 500 mg.
1 par jour
sous-cutanée ou endoveineuse.

LAROSCORBINE "ROCHE"

acide l-ascorbique gauche synthétique cristallisé (VITAMINE C)

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie - 10, Rue Crillon - PARIS (4me)

Toutes les activités polyvalentes antibactériennes de la sulfamidothérapie, accrues par les propriétés pharmacodynamiques du radical camphosulfonique



809 - B. CAMPHOSULFONATE DE 1162-F

2 FORMES :
COMPRIMÉS : Tubes de 40 comprimés dosés à 0 gr. 25
POUDRE : Flacons-poudreurs de 10 et 30 gr.

- Lutte plus efficacement contre l'élément microbien.
- Exalte au maximum les capacités de défense de l'organisme.
- Hâte la crise urinaire et favorise l'élimination des toxines.

LABORATOIRES S. COUDERC

Agence Z. N. O. 2, Place Croix-Paquet LYON Tél. : B. 09-93 — 9 et 9 bis, Rue Borromée PARIS-XVe TÉL. : SUFFREN 02-64

SIROP DU Dr REINVILLIER
(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)
au Phosphate de Chaux hydraté
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS ET DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à soupe, à dessert ou à café suivant l'âge
ASSIMILATION COMPLÈTE
PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon
BERTAUT BLANCARD Frères
64, Rue de la Rochefoucauld - PARIS
PAS D'ACIDE LIBRE

Granules CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.
Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine" Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900
PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

INJECTION SOUS-CUTANÉE de 1 centicube POUR DÉBUTER, puis 2 centicubes
BOITES DE SIX AMPOULES DE 2cc
LYSATS VACCINS du Dr DUCHON
GYNECO VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME



CHOLÉRÉTIQUE - STOMACHIQUE
DIURÉTIQUE — RÉGULATEUR INTESTINAL
Une à trois cuillerées à café de granulé par jour. Croquer ou dissoudre dans une tisane aromatique.
LABORATOIRES BEAUFOUR — DREUX (E.-&-L.)

il faut toujours avoir à sa disposition un appareil à hyperpression car le flottement médiastinal est toujours à craindre. M. Walser présente les électrocardiogrammis pris sur le malade avant et après l'opération.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 novembre 1941

Réticulose hyperplasique aiguë bénigne avec lymphocytose sanguine. — MM. Duvoir, Pouméau-Delille et Mlle Wolfromm. — Observation d'une réticulose hyperplasique bénigne faite d'un syndrome infectieux avec hyperthermie, arthralgies, laryngo-trachéo-bronchite et éruption composée d'éléments nombreux lenticulaires, siégeant à l'extrémité des membres. Nodule inflammatoire apparaît hypodermique et formé de monocytes, de leucocytes et de polynucléaires. Modification de la formule sanguine. Réaction de Paul et Bunuel négative. Cette affection est à ranger dans le cadre des réticuloses hyperplasiques aiguës bénignes.

Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann à lésions cutanées à type de lupus pernio du nez, lésions osseuses d'un doigt de pied et lésions pulmonaires à type du bacillose fibro-caséeux ulcéreux des sommets. — M. Pautrier.

Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann à forme de parotidite bilatérale, avec tuméfaction médiastinale, lésions hilaires et adénopathies périphériques. — MM. Pautrier et Hermendinger.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme d'infiltrations sarcoïdiques déformantes des doigts, lésions osseuses discrètes, lésions inguéales, adénopathies hilaires et sus-claviculaires. — MM. Pautrier, Durand et Dutheil.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme de splénomégalie. — MM. Pautrier et Malgras. — Femme de 40 ans, atteinte de splénomégalie, présentant de nombreuses lésions cutanées à type de sarcoïde, des ganglions jugulo-carotidiens et de l'amaigrissement. L'examen histologique des ganglions permet de poser le diagnostic de la maladie. Splénectomie, lésions typiques de la maladie. Cette observation est la plus importante de toutes celles qui précèdent. C'est le premier cas, affirme Pautrier, où le diagnostic a pu être porté sur le vivant, où l'intervention opératoire a été commandée et ou l'examen histologique probant confirme le diagnostic.

Le rôle pathogène du « Bacillus ramosus ». — MM. Lemierre, Jacquet et Mlle Rist rapportent deux observations sur lesquelles se fondent les remarques suivantes :

Le « bacillus ramosus », contrairement aux germes anaérobies, possède un pouvoir pathogène limité. On le trouve communément dans le sang, aux cours d'états pathologiques variés. Il peut, néanmoins, engendrer des foyers inflammatoires locaux, points de départ de poussées bactériémiques ou toxiques éphémères, d'abord bien supportés, mais qui, en raison de la persistance du foyer initial et de leur répétition prolongée, finissent par triompher de la résistance de l'organisme.

Un cas de diagnostic clinique de péricardite calcifiante. — M. Lian. — Dans ce cas, le diagnostic fut orienté par la constatation d'un bruit vibrant, postérieur au 2e bruit et séparé de lui par un intervalle silencieux, bruit ayant son maximum dans la région apéxienne, mais perçu dans toute la région précordiale. Les signes cliniques furent confirmés par : *a*) la vibrance péricardique de Lian ; *b*) l'absence de tout autre signe de cardiopathie mitrale ; *c*) l'asystolie avec gros foie et œdème des jambes ; *d*) absence de rhumatieme articulaire dans les antécédents ; *e*) pression sanguine élevée.

Séance du 28 novembre 1941

Trois cas de toxicomanie au chlorhydrate de dehydro-oxycodéinone. Eubinisme. — MM. Allenand et Durand. — Ce terme d'eubinisme a été créé par Dupuy en 1933. Les observations citées montrent les dangers des succédanés de la morphine ne donnant pas lieu à l'accoutumance, théoriquement. Les auteurs insistent sur l'usage fréquent des spécialités qu'on obtient facilement. M. Peron déclare que la voie anale est souvent employée.

Méningite purulente à pneumocoques traitée par les sulfamides. Guérison. — (M. Richard, Montoir-sur-Loire). — Enfant de 9 ans, atteint de cette affection. L'auteur montre par des faits que la guérison des méningites purulentes à pneumocoques est rare et que les résultats obtenus par le 693 sont excellents alors que ceux rapportés au 1162 F sont à peu près nuls.

Sur une forme polyurique des troubles liés à l'insuffisance et au déséquilibre alimentaire. — MM. Decourt, Cassin et Bastin attirent l'attention sur les troubles précités. La polyurie vient avec un amaigrissement grave : il en est de même de la baisse de la tension, de la bradycardie. Les auteurs précisent que la polyurie diffère de celle du diabète insipide ; elle ne s'accompagne pas de polydipsie. Le syndrome qui en résulte doit s'op-

avitaminose locale :
ENGELURES
vitaminothérapie locale :
MITOSYL
pansement biologique aux vitamines A et D (huiles de foie de morue et de flétan)
UNION CHIMIQUE & BIOLOGIQUE, 5 et 7, Rue Claude-Decaen, PARIS-XIIe - Tél. DIDerot 37-93
Zone non occupée : Pontgibaud (Puy-de-Dôme)

poser aux œdèmes de famine ; il ne représente, sans doute, qu'une première étape différente d'un même trouble lié au déséquilibre protido-lipidique de la ration alimentaire.

Les ulcères de jambe dans la maladie hémolytique familiale. — M. Lœderich a observé sur cinq malades d'une même famille atteinte d'ictère hémolytique congénital, quatre fois des ulcères de jambe se montrant rebelles à tous traitements et guérissant par la splénectomie. Cette intervention a été suivie de guérison chez deux malades.

Troubles cardiaques neurotoniques consécutifs aux phlébites. — M. Lenègre. — La neurotonie cardiaque peut devenir révélatrice de l'affection veineuse. Elle indique en tous cas l'existence d'un processus phlébitique en évolution dont elle est certainement solidaire et elle commande l'immobilisation. Les troubles nerveux cardiaques, peu graves, doivent être pris en considération, car ils peuvent précéder une embolie pulmonaire authentique ou une de ces embolies « sans embolie anatomique » qui sont peut-être beaucoup plus graves.

INFORMATIONS

(suite de la page 2)

Académie des Sciences. — Le bureau pour 1942 est ainsi composé : M. Esclangon, directeur de l'Observatoire succède à la présidence à M. le Professeur Hyacinthe Vincent. M. Gabriel Bertrand, de l'Académie de Médecine est vice-président pour 1942 et président pour 1943.

M. Alfred Lacroix demeure seul secrétaire perpétuel, jusqu'à l'élection prochaine d'un deuxième secrétaire perpétuel en remplacement du regretté Emile Picard.

Académie de Chirurgie. — Le bureau de l'Académie de Chirurgie pour 1942 est ainsi composé : Président : L. Bazy ; vice-président : Heitz-Boyer ; secrétaire des séances : J. Leveuf ; bibliothécaire : Basset ; trésorier : Toupet.

Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils. — Le *Journal Officiel* du 30 décembre 1941 a publié (pp. 5574 à 5577) la loi relative aux hospices. La loi définit les hôpitaux et hospices publics et réglemente l'admission des malades, l'administration, fixe le prix de journée et prévoit la création, la transformation ou la suppression des hôpitaux et hospices. Enfin, le statut du personnel et notamment du personnel médical figurera dans un ou plusieurs règlements d'administration publique.

— Le *Journal Officiel* du 26 décembre 1941 publie l'arrêté du 16 décembre 1941 relatif au stage d'application à accomplir par les docteurs en médecine ou les pharmaciens admis dans le corps de santé métropolitain. Ce stage, d'une durée de six mois, aura lieu à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon.

L'exercice de la médecine. — Un décret du 20 décembre 1941, sur l'application de la loi du 22 novembre 1941 (*J. O.*, 31 décembre 1941), concerne l'exercice de la médecine. Les demandes de dérogations exceptionnelles seront soumises à une commission comprenant un conseiller d'Etat, président, le directeur de la Santé et un représentant du Conseil Supérieur de l'Ordre.

Préfecture de Police. — M. le Dr Cambessedès, directeur du laboratoire des épidémies est nommé inspecteur général des services d'hygiène en remplacement de M. le Prof. Tanon atteint par la limite d'âge.

Ministère de l'Intérieur. — Ont été maintenus conseillers municipaux de Paris : MM. les Drs Brunerye (4e arrond.) ; Crussaire (7e arrond.) ; Calmels (13e arrond.) ; Torchaussé (18e arrond.).

Ont été nommés conseillers municipaux de Paris : MM. le docteur Brodin (1er arrond.) ; le professeur Max Jayle (17e arrond.).

Ont été nommés : adjoint au maire d'Alger, M. le Dr Goeau-Brissonniers ;

Adjoint au maire d'Oran, M. le Dr Anduze-Acher.

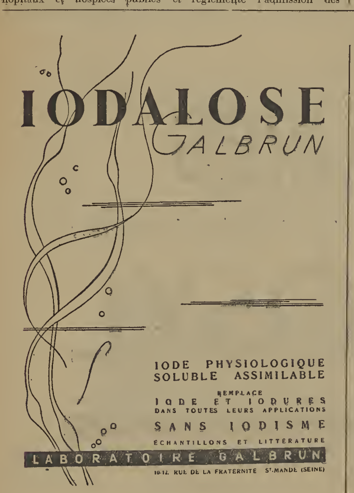
Adjoint au maire de Philippeville, M. le Dr Travail.

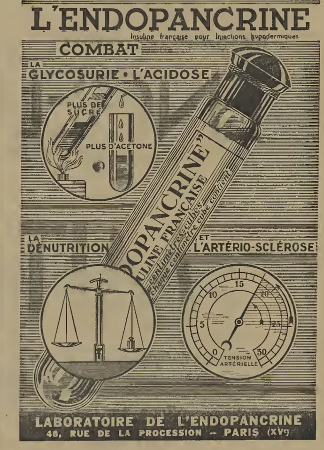
Mariages

Le Docteur Albert Fiehrer fait part de son mariage avec Mme Coutard-Pigeon. Le mariage a été célébré dans la plus stricte intimité le 16 décembre 1941.

M. le Professeur et Madame Pierre Gastinel, font part du mariage de Mlle Colette Gastinel, leur fille et belle-fille, avec M. André Virotte-Ducharme, ingénieur architecte. La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité en l'église Saint-Pierre-de-Chaillot.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris







Iodogénol Pépin

Artério-Sclérose

Lymphatisme

Arthritisme

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
COURBEVOIE (Seine)



ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Nos 3-4. — 14-17 JANVIER 1942 115e ANNEE Ces deux numéros groupés : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies................Un an. 75 fr.
Etudiants........................ « 40 fr.
Etranger. — 1re zone : 110 fr. ; 2e zone : 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Nous rappelons à nos lecteurs que le prix de l'abonnement pour 1942 est fixé ainsi qu'ils peuvent le voir dans le tableau ci-dessus.
Le prix des numéros antérieurs à 1942 est fixé uniformément à 1 fr. 50, port en sus, suivant les nouveaux tarifs postaux.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT (oral). — Séance du 12 janvier 1942. Questions données : Symptômes et diagnostic des angines de la scarlatine ; diagnostic et traitement des perforations aiguës de l'ulcère gastro-duodénal.

Notes : MM. Denisart, 18 ; Paley, 21 ; Bouygues, 16 ; Rychewaërt, 17 ; Bourdy, 19,5 ; Perrotin, 22 ; Mazars, 12 ; Vaysse, 25 ; Simon (Georges), 15 ; Chardin (Daniel), 17.

Faculté de Médecine de Paris. — Par arrêté, en date du 20 décembre 1941, le titre de professeur honoraire a été conféré à MM. les professeurs Balthazard, Nobécourt et Mulon, anciens professeurs et à M. Heitz-Boyer, ancien agrégé.

Le titre de doyen honoraire a été conféré à M. Robert Tiffeneau, ancien doyen.

M. Pasteur Vallery-Radot, professeur titulaire de la chaire de pathologie médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est transféré, à compter du 1er janvier 1942, dans la chaire de clinique médicale de la Pitié (hôpital Cochin) de cette Faculté.

SESSION D'EXAMENS 1942 (1re *et* 2e *année*). — L'épreuve écrite d'anatomie de 1re année aura lieu le 9 février 1942.

Les convocations seront distribuées au guichet n° 2, de 12 heures à 15 heures :

Le vendredi 6 février : de la lettre A à la lettre M.

Le samedi 7 février : de la lettre N à la fin.

L'épreuve pratique d'anatomie de 2e année aura lieu à partir du 11 février.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Doumer, professeur titulaire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille, est transféré, à compter du 15 décembre 1941, dans la chaire de clinique médicale de cette faculté (hôpital Saint-Sauveur).

M. Auguste, professeur titulaire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille, est transféré, à compter du

LENIFEDRINE *Solution Aqueuse* NON CAUSTIQUE
ÉCHANTILLONS : 26, RUE PÉTRELLE, PARIS (9e)

15 décembre 1941, dans la chaire de pathologie interne et expérimentale et clinique des maladies de l'appareil digestif de cette faculté (dernier titulaire : M. Doumer).

M. Legrand, professeur titulaire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille, est transféré, à compter du 15 décembre 1941, dans la chaire de pathologie générale et cardiologie de cette Faculté (chaire transformée).

M. Gernez, professeur titulaire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille, est transféré, à compter du 15 décembre 1941, dans la chaire d'hygiène et bactériologie de cette Faculté (chaire transformée).

M. Nayrac, agrégé libre à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 15 décembre 1941, professeur de la chaire de neurologie de cette Faculté (chaire transformée).

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Poursines, agrégé, détaché à la Faculté française de Médecine de Beyrouth est réintégré dans ses fonctions à la Faculté mixte de Médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

M. Salmon, institué agrégé à compter du 1er octobre 1940 est nommé, à compter du 1er octobre 1941, agrégé à la Faculté de Médecine de Marseille. M. Salmon est chargé de l'enseignement de l'anatomie.

Faculté de Médecine de Montpellier. — Sont chargés d'enseignement : MM. Guibal, chirurgie expérimentale ; Mourgue-Molines, pathologie externe ; Roux, médecine opératoire ; Boucomont, pathologie interne ; Rimbaud, clinique propédeutique médicale ; Carrère, microbiologie ; Harant, parasitologie ; Monnier, chimie. M. Lafon est chargé d'agrégation.

Le titre de doyen honoraire a été conféré à M. Euzière, ancien doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier.

Ecole de Médecine de Caen. — Le Dr Rousselot est chargé d'enseignement, chaire d'histologie (M. Gidon, ret.).

Ecole de Médecine de Poitiers. — M. le professeur Morichau-Beauchant est nommé professeur honoraire.

Ecole de Médecine de Rouen. — M. Potez, professeur d'histologie est nommé professeur de pathologie interne.

M. Fleury, suppléant, est nommé professeur d'histologie à compter du 1er octobre 1941.

Conseil Supérieur de l'Ordre national des Médecins. — La loi du 26 novembre 1941 a décidé que le Conseil Supérieur doit se renouveler par tiers au cours du dernier trimestre de chaque année.

Le tirage au sort a désigné comme membres sortants : MM. Gabriel Boudet (de Montpellier), Henri Grenet (de Paris), Roux-Berger (de Paris), Hollier (d'Epinay-sur-Orge).

Les nouveaux membres seront désignés par le Gouvernement.

Pour les conseils départementaux, un tirage analogue a déterminé le nom des membres qui devront être remplacés en 1942.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier à titre posthume :* Le médecin capitaine Klippel, du 10e tirailleurs marocains, tombé le 7 juin 1940, en soignant ses blessés.

Officier : Les médecins commandants Joly, Tisné et Migayron.

Troupes coloniales : les médecins lieut.-colonels Retière et Cheveneau.

Chevalier : Les médecins commandants Lanet, Fort et Deumier.

Troupes coloniales : les médecins commandants Cabiran, Franceschini, Brouste, Giraud, Iliou et Fraimbault.

(*J. O.*, 4 janvier 1942.)

Médecin-lieutenant Vailland de l'hôpital primaire d'évacuation n° 14 (croix de guerre avec palme).

(*J. O.*, 6 janvier 1942.)

MARINE. — *Pour officier :* le médecin en chef Delom.
Pour chevalier : les médecins principaux Dupouy et Le Meillet.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES. — Par arrêtés du 17 décembre 1941 :

M. le Dr Capelle, nommé à titre provisoire en qualité de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources, est maintenu à cet établissement en qualité de médecin chef de service.

M. le Dr Perusselle, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Quimper, est affecté en la même qualité à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources, en remplacement de M. le docteur Capelle. (*J. O.*, 20 décembre 1941.)

Guerre. — Un arrêté, en date du 29 décembre 1941, (*J. O.*, 31 décembre 1941), porte organisation de la Direction du Service de Santé.

Tribunaux départementaux des pensions. — Deux arrêtés en date du 30 décembre 1941, nomment les médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions pour l'année 1942. Ces arrêtés sont publiés dans le *Journal Officiel* du 7 janvier, pages 113, 114 et 115.

Académie Française. — M. le Dr Georges Duhamel a été nommé directeur de l'Académie pour le premier trimestre 1942.

Voir la suite des Informations, page 34.

Conseil de la Seine de l'Ordre des Médecins

Communiqué

En raison de quelques plaintes qui lui sont parvenues, le Conseil de la Seine de l'Ordre des Médecins croît devoir rappeler aux médecins du département les dispositions du Code de Déontologie relatives aux honoraires et notamment celles des articles 18 et 21. Les questions d'honoraires doivent être traitées avec tact et mesure et s'il est interdit au médecin de pratiquer directement et par voie détournée l'abaissement habituel de ses honoraires au-dessous des tarifs minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre, le médecin doit, par contre, proportionner ses honoraires à la situation de fortune du malade.

Ces prescriptions sont particulièrement valables pour les malades de situation modeste et pour le plus grand nombre des assurés sociaux. Si des honoraires abusifs étaient demandés par certains médecins, chirurgiens ou spécialistes, le Conseil de la Seine de l'Ordre de Médecins ne manquerait pas d'intervenir disciplinairement auprès de ces médecins, chirurgiens ou spécialistes.

Ainsi qu'il a déjà été annoncé dans la presse professionnelle, les honoraires minima fixés par le Conseil de la Seine de l'Ordre sont, depuis le 1er novembre 1941, de 35 francs pour la consultation et de 40 francs pour la visite à domicile, la valeur du chiffre clé étant de 25 francs pour les actes de pratique médicale courante (nomenclature de la Seine) et de 20 francs pour les actes de chirurgie et de spécialités (nomenclature nationale).

Institut catholique d'Infirmières diplômées
85, rue de Sèvres, Paris — Téléphone LITtré 59-80
INFIRMIÈRES DIPLOMEES, GARDES-MALADES
SAGES-FEMMES ET RELIGIEUSES
Prix : de 50 à 80 fr. par jour
Connaissances techniques supérieures — Qualités morales assurées
L'Institut n'a jamais fermé malgré la guerre

CITRALIN
AFFECTIONS DU FOIE - DES VOIES BILIAIRES ET LEURS CONSÉQUENCES
Granulé entièrement soluble à base de Citrate trisodique, Sulfate de magnésie et Boldine
Echantillons et Littérature - LABORATOIRE GUIRAUD, impasse Milord, PARIS (18e)
NOUVELLE ADRESSE : 26, RUE SAUSSIER-LEROY, PARIS-17e

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe



MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo* *Poudre de Belladone* *Evonymine brune, Agar-Agar* *1 à 2 comprimés 1/2 heure* *avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
MYASTHENIE GRAVE		
PROSTIGMINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Péristaltigène synthétique* Amp. 1 cm^3 : 1 à 2 p. j. *Antimyasthénique* Comp. : 4 à 6 p. j. et plus	Atonie intestinale et vésicale post-opératoire Myasthénie grave
RECONSTITUANT		
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
SULFAMIDE 109 M		
PULMOREX (409 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SULFAMIDE 402 M		
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
Ulcères gastro-duodénaux		
LARISTINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Solution à 4 p. 100* *de monochlorhydrate Histidine* Amp. 5 cm^3 : 1 p. j. intram. Amp. 1 cm^3 : 1 p. j. intraderm.	Maladie ulcéreuse gastro-duodénale
ETATS SPASMODIQUES		
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques

VS-2-1942

FLUXINE
Gouttes et Dragées

OKAMINE

CYSTÉINÉE
Formule n° 3 du Dr Hervouët
20 ampoules pour 10 inj. — tous les 2 jours
Tuberculoses graves ou tenaces
ne pas cesser prématurément

ASSUR. SOCIALES REMBOURSENT

SIMPLE
Formule n° 2 du Dr Hervouët
10 ampoules — inj. tous les 2 ou 3 jours
Dragées (40) — 2 à 4 au petit déjeuner
Tuberculoses ordinaires courantes

Pierre BUGEARD, Pharmacien, 13, rue Pavée, PARIS (4e) - Dépôt général : Ets. DARRASSE FRÈRES

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », parue dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouët a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Elle est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Dr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique



AUCUNE CONTRE-INDICATION

est justiciable de la NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates cérébraux (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

LE TRAITEMENT DU TÉTANOS CONFIRMÉ PAR LA SÉRO-ANATOXITHÉRAPIE

par M. le Professeur Dalous,

MM. Jacques Fabre et J. de Brux (Toulouse)

(Travail de la Clinique Médicale de l'Université de Toulouse)

Depuis les travaux de Ramon, parus en juin 1939, sur la séro-anatoxithérapie du tétanos confirmé, il ne nous a pas été possible de trouver dans la littérature d'observation de traitement de cette affection par la méthode préconisée par cet auteur.

Action curatrice mais aussi action préventive, telles sont les deux caractéristiques de l'anatoxine tétanique. Chavany le faisait, en 1938, remarquer : « Lorsqu'on a la chance de guérir des malades d'une affection aussi grave que le tétanos il est indispensable de ne pas s'en tenir là et d'assurer par une médication efficace et sans danger, telle l'anatoxine, l'avenir de sujets que l'on a une première fois sauvés de la mort ». Car la toxiinfection tétanique ne laisse aucune immunité derrière elle et la réceptivité au tétanos demeure entière après la maladie traitée par la sérothérapie.

Imbus de ces principes, et sachant que le tétanos est une affection beaucoup trop grave pour que l'on n'utilise pas toutes les ressources de la thérapeutique, nous avons, dès juillet 1939, commencé à traiter nos tétaniques selon les principes indiqués par Ramon et avons été particulièrement surpris des résultats obtenus.

En effet, tout au moins au début, ce n'est que devant l'allure très grave de la maladie, la persistance des signes cliniques que nous avons eu recours à l'anatoxine, mais depuis lors nous associons de façon précoce la double thérapeutique séro et anatoxithérapie. Les trois observations que nous rapportons montreront avec les heureux résultats que nous avons obtenus l'évolution de nos directives pour le traitement du tétanos confirmé.

Observ. I. — Un jeune homme de 20 ans est amené dans notre service en plein tétanos généralisé : trismus serré, opisthotonos complet, crises très fréquentes de contractures des muscles abdominaux et thoraciques, facies sardonique.

Son histoire était la suivante : huit jours auparavant, en travaillant dans la cour d'une usine, une pointe rouillée s'était enfoncée dans son pied chaussé de simples espadrilles. Telle était l'anamnèse racontée par son médecin.

A la demande que nous formulions pour savoir si le malade avait reçu une injection préventive de sérum antitétanique, le praticien compléta l'histoire de son malade : six semaines auparavant, en jouant au foot-ball, il avait reçu un coup de pied sur la face externe de la cuisse gauche, qui avait occasionné une plaie très superficielle. A ce moment, une injection de sérum avait été pratiquée. Le médecin, de ce fait, n'avait pas jugé utile de refaire une nouvelle injection préventive pensant que l'immunité passive pouvait encore exister. De plus, le blessé lui-même avait insisté pour que l'injection ne fut pas pratiquée.

Nous examinâmes la cicatrice et effectivement la région montrait une cicatrice parfaite.

Au niveau du pied, sur la face plantaire, on trouvait une petite plaie contuse avec hématome d'où s'écoulait une sérosité louche. Abandonnant alors l'idée que la porte d'entrée pouvait siéger au niveau de la cuisse, nous pensâmes que le foyer tétanigène ne pouvait être que la plaie plantaire et nous fîmes enlever en masse le foyer, laissant le tout largement ouvert avec un appareil de Dakin continu.

La température du malade était de 38,5-39, le pouls à 110, la langue était rôtie ; les urines rares (200 cm³ en 24 heures) étaient hautes en couleur, contenaient de l'urobiline, de l'albumine (0,25 par litre) et un sondage bi-quotidien était nécessaire pour les évacuer. La constipation était opiniâtre. L'urée sanguine était à 0,90. Le malade dans l'impossibilité absolue d'avaler, présentait avec une fréquence de plus en plus grande des crises convulsives de plus en plus graves.

Le tableau était donc particulièrement sombre et le pronostic s'avérait extrêmement réservé.

Le traitement du tétanos fut instauré suivant la méthode de Dufour : anesthésie chroroformique deux fois par jour, associée à l'injection intraveineuse lente de sérum antitétanique (200.000 unités antitoxiques) dilué dans les 350 cm³ de sérum glucosé.

Sérum antitétanique par voie sous-cutanée et intramusculaire.

Entre les anesthésies au chloroforme, le malade était sans cesse sous l'influence de barbituriques (somnifène I. V.) qui, malgré l'albuminurie et l'azotémie élevée furent admirablement supportés, permettant ainsi de diminuer la fréquence et l'intensité des crises convulsives.

Pendant cinq jours, ce traitement fut mis en œuvre, amenant peu après une nette amélioration. Diminution des crises et des contractures, baisse de la température, réapparition de la miction normale mais le pouls demeurait encore très rapide, les petits muscles de la face gardaient encore leurs contractions, les urines étaient toujours rares et albumineuses, l'azotémie ne baissait pas. La plaie plantaire était en bonne voie de bourgeonnement.

Devant cette amélioration, nous ne fîmes plus qu'une anesthésie chloroformique par jour pendant deux jours et le mieux se maintenant nous cessâmes la méthode de Dufour, nous contentant des injections de sérum sous-cutanées et intramusculaires (80.000 unités par jour).

C'est avec étonnement que nous constatâmes le surlendemain du jour où nous avions cessé nos anesthésies la réapparition des symptômes tétaniques avec une force, une intensité et une fréquence qui dépassait de beaucoup celle des premiers jours.

A ce moment, la conviction qui nous avait entraînés à croire que la porte d'entrée du bacille tétanique se trouvait bien dans la plaie du pied fut sérieusement ébranlée et nous décidâmes d'ouvrir la cicatrice de la blessure faite sept semaines auparavant à la cuisse droite.

On trouva là un hématome en voie d'organisation, qui s'étendait sur toute la face externe de la cuisse. Nous le fîmes donc enlever en bloc nettoyant tout jusqu'à l'aponévrose. Envoyé au laboratoire de la Faculté chez M. le Professeur Andrieu, l'ensemencement révéla la présence du bacille de Nicolaïer.

Dakin continu au niveau de la plaie. Méthode de Dufour remise en œuvre pendant trois jours. Tels furent alors les moyens thérapeutiques employés. Mais la température restait toujours aux environs de 38-38,5, le pouls rapide, les crises convulsives fréquentes quoique diminuées d'intensité, l'état général demeurant très précaire. Nous décidâmes alors de recourir à la thérapeutique par l'anatoxine.

Nous fîmes d'emblée une injection intramusculaire de 1 cm³ d'antoxine tétanique qui détermina une violente réaction thermique à 41°. Nous avions, bien entendu, supprimé à ce moment la sérothérapie à tous ses modes. Le surlendemain, après la première injection, nous renouvelâmes une injection de 2 cm³ d'anatoxine qui détermina une nouvelle ascension thermique. Mais, dès le lendemain, la température était revenue à la normale, le pouls se ralentit à 70, les crises convulsives diminuèrent d'intensité et de fréquence. Les contractures musculaires entrèrent en voie de résolution, le malade put s'asseoir ; si le trismus persista encore (on sait qu'il est le dernier à disparaître), il permettait l'hydratation et une alimentation liquide. Enfin, le sommeil normal fit sa réapparition. Une véritable polyurie de deux à trois litres s'installa pendant quelques jours. L'albumine disparut rapidement. L'azotémie tomba à 0,35.

Guéri de son tétanos après trois semaines d'une thérapeutique particulièrement intense, le malade fut dirigé sur un service de chirurgie où l'on pratiqua des greffes cutanées sur la plaie de la cuisse. Il sortait de l'Hôtel-Dieu au début d'août ayant regagné son poids habituel et sans séquelle d'aucune sorte.

Observ. II. — Une femme, Italienne de 54 ans, est envoyée dans le service, venant du Centre Régional Anticancéreux où elle est en traitement pour un épithélioma du col utérin.

Cette malade a subi depuis douze jours quelques applications de radium, et présente, après 48 heures, un trismus serré avec une dysphagie extrêmement violente, contracture des muscles de la nuque, tempéature 37,8, urines peu abondantes, hautes en couleur, sans albumine, pouls à 100, azotémie 0,60.

Le diagnostic de tétanos semble s'imposer. Nous recherchons au niveau des extrémités et sur le corps la porte d'entrée du bacille que rien ne nous permet de déceler. Nous pensons alors que peut-être c'est au niveau du col utérin qu'il convient de rechercher cette porte d'entrée. L'examen gynécologique montre un col net, portant quelques traces de curiethérapie. A la pince nous pratiquons une biopsie du col et un prélèvement des sécrétions utérines qui sont envoyés au laboratoire de la Faculté (Professeur Andrieu) et nous instituons la thérapeutique sérum-anatoxine.

Anesthésie chloroformique et injection intraveineuse de 150.000 unités de sérum antitanique.

En même temps, injection de 2 cm³ d'anatoxine de Ramon.

Le lendemain, état sans changement, la température s'est élevée légèrement à 38,5 dans la nuit et est retombée à 37,5 le matin au réveil.

Méthode de Dufour : 150.000 unités par voie intraveineuse.

Mais pendant l'anesthésie chloroformique, nous avons pu nous rendre compte du mauvais état de la denture de la malade. Sa bouche est infectée de chicots, de dents en extrême degré de carie. Aussi, dès le lendemain, profitant du sommeil anesthésique, nous faisons faire l'avulsion de toutes les dents en mauvais état.

Au troisième jour après l'hospitalisation, injection de 4 cm³ d'anatoxine qui ne détermine aucune réaction violente et est admirablement supportée.

Anesthésie chloroformique et sérum antitétanique par voie intraveineuse, mais nous diminuons sensiblement la dose de sérum : 50.000 unités.

L'état général s'améliore légèrement, la nuque est moins raide, le trismus moins serré, la dysphagie persiste et l'on est obligé d'alimenter le malade par voie rectale.

Nous cessons ce jour les anesthésies et le sérum antitétanique et nous nous contentons à ce moment de la dernière injection de 6 cm³ d'anatoxine et laissons évoluer la maladie.

Le résultat fut surprenant : en quelques jours, tous les signes de tétanos disparurent, seule la dysphagie fut plus lente à s'atténuer et douze jours après son entrée la malade pouvait sortir de l'hôpital complètement guérie.

L'ensemencement du prélèvement et de la biopsie du col ne montrèrent pas l'existence du bacille de Nicolaïer. Il est probable qu'il s'agissait d'un tétanos d'origine dentaire.

Observ. III. — Une jeune femme de 20 ans, mariée depuis un mois est amenée d'urgence dans le service pour un tétanos généralisé. Huit jours auparavant, elle s'est égratignée la jambe droite en tombant dans son jardin sur des fraisiers qui, quelques jours auparavant, avaient été fumés avec du terreau.

La veille de son entrée elle a présenté du trismus, et le lendemain matin, quand nous la voyons, elle présente des signes de grand tétanos généralisé.

La malade est en opisthotonos, les muscles abdominaux contracturés, le faciès sardonique présente souvent des crises de contracture de tous les muscles de la face. La respiration est difficile, le pouls instable, la température est à 38°5. Il y a rétention des matières et des urines.

Nous instaurons immédiatement le traitement mixte.

Méthode de Dufour et anatoxine. Devant l'absence de réaction violente de notre dernière malade, nous n'hésitons pas à injecter d'emblée 6 cm³ d'anatoxine. Anesthésie au chloroforme et injection intraveineuse de 150.000 unités de sérum.

En même temps, profitant de l'anesthésie, nous faisons enlever la petite plaie cicatrisée de la jambe. Envoyée au laboratoire, le Professeur agrégé Andrieu y mettra en évidence le bacille tétanique.

Le soir, nouvelle anesthésie au choloroforme et injection de 50.000 unités de sérum.

Le lendemain, aucun choc n'est enregistré, la température ne s'élève pas, l'état de la malade est identique. Une seule anesthésie au chloroforme et injection de 150.000 unités de sérum par voie intraveineuse et sous-cutanée.

Le troisième jour après l'entrée de la malade, nouvelle injection d'anatoxine 4 cm³. La malade se sent mieux, elle boit un peu de liquide, urine seule et émet une selle. La respiration est moins difficile, la température est toujours à 38, urée 0,60. Anesthésie au chloroforme de 150.000 unités de sérum par voie intraveineuse et sous-cutanée.

Le quatrième jour, amélioration sensible, la malade quoique encore très raide s'assied sur son lit avec l'aide des infirmières, mais elle présente toujours le faciès sardonique et les muscles de l'abdomen quoique moins durs sont encore contracturés. Même thérapeutique.

Le cinquième jour : injection de 4 cm³ d'anatoxine, dernière anesthésie, sérum sous la peau et intraveineux, 50.000 unités. La malade ouvre mieux la bouche et s'alimente un peu.

Nous cessons toute thérapeutique et observons l'évolution.

Dans les quatre jours qui vont suivre nous aurons la joie de voir la température céder, le pouls se régulariser, une véritable polyurie s'installer, le sommeil spontané fait sa réapparition. Les contractures disparaissent progressivement. La malade s'assied sur son lit, s'alimente seule et demande avec insistance à quitter l'hôpital.

Nous accédons à son désir. Quinze jours après le début du tétanos, la malade est venue à pied de chez elle pour nous remercier. Elle n'a présenté qu'une violente urticaire sérique pendant 48 heures. La plaie de sa jambe est en bonne voie de cicatrisation.

***

La lecture de ces trois observations permet de se rendre compte de l'intérêt que présente la double thérapeutique de séro-anatoxithérapie :

1° Abréger souvent la durée de la maladie, dans les tétanos bénins ; amener une guérison presque certainement dans les cas très graves.

Les trois cas que nous avons rapportés entraient dans la catégorie des tétanos particulièrement sévères.

2° Diminuer la dose de sérum à injecter.

3° Conférer au malade une immunité active qui le met à l'abri définitivement de la maladie et de ses rechutes.

On a pu se rendre compte que ce n'est qu'avec beaucoup de précautions que nous avons usé de l'anatoxine tout au moins au début ; puis nous nous sommes progressivement enhardis à tel point que nous n'avons pas hésité à employer de hautes doses, puisque nous avons chez notre dernier malade injecté d'emblée 6 cm³ d'anatoxine avant même d'injecter du sérum. Si nous avons osé cette dose c'est qu'il s'agissait d'une jeune femme, bien constituée et capable de supporter le choc, qui par ailleurs ne s'est pas produit. Et nous sommes frappés de la parfaite tolérance des tétaniques pour l'anatoxine. Jamais, en dehors du malade de la première observation qui a présenté une température élevée après chaque injection, nous n'avons eu le moindre accident.

Voici donc comment nous pensons que l'on peut manier l'anatoxine : S'il s'agit de sujet jeune, habituellement bien portant, indemne de toute lésion organique antérieure (cardiopathie, néphrite chronique ou bacillose pulmonaire) nous pensons que l'on peut d'emblée injecter 6 cm³ d'anatoxine sans aucun inconvénient dès le début.

Le surlendemain on peut renouveler l'injection ou diminuer de 2 cm³.

Après un jour d'intervalle, on peut soit continuer à injecter 4 cm³, soit diminuer encore de 2 cm³.

Par contre, si le sujet a dépassé cinquante ans ou présente quelque tare, la technique préconisée par Ramon, 2, 4, 6 cm³ d'anatoxine à plusieurs jours d'intervalle, doit être utilisée.

Nous nous basons pour utiliser les fortes doses sur la nécessité de faire fabriquer par l'organisme des anticorps aussi rapidement et en quantités importantes de façon à substituer l'immunité active à l'immunité passive.

Nous n'avons pas, jusqu'à maintenant, osé abandonner la méthode de Dufour qui nous a toujours donné des résultats fort appréciables. Cependant, alors que nous continuions auparavant les anesthésies et la sérothérapie I. V. jusqu'à guérison totale, actuellement, dès que nous avons fait les trois injections d'anatoxine, c'est-à-dire dès le sixième jour, nous abandonnons complètement l'anesthésie et le sérum.

Les anesthésies apportent au malade un calme et un oubli dont il a souvent un besoin urgent, et d'autre part elles permettent l'injection du sérum dans les veines, sans aucun accident, ni immédiat, ni tardif.

De plus, dans tous les cas, en dehors des anesthésies, nos malades restent constamment sous l'influence des hypnotiques : chloral et somnifène, toujours admirablement supportés malgré de l'albuminurie et de l'azotémie élevées.

Nous insisterons sur la nécessité d'ouvrir largement ou d'enlever en masse toute plaie ou cicatrice qui doivent toujours être considérées comme infectées.

Telle est la méthode que nous utilisons à l'heure actuelle et qui paraît réaliser un progrès très net en diminuant le nombre des anesthésies et la quantité de sérum injecté.

***

La méthode de Dufour a eu beaucoup de détracteurs et un certain nombre d'expérimentateurs ne se rallient pas aux conclusions de Leclerc sur le pouvoir libérateur des anesthésiques vis-à-vis du complexe toxine-cerveau. Bien plus, il semble ressortir des expériences de Danysz que la toxine se libère spontanément et que le rôle de l'anesthésique serait bien secondaire.

Il est évident que dans certains cas bénins de tétanos la guérison peut survenir spontanément : la toxine se libérant spontanément de la cellule nerveuse. Mais ces cas sont particulièrement rares et relèvent plus de l'expérimentation que de la clinique. Le diagnostic de tétanos dès qu'il est posé comporte un pronostic grave et le médecin n'a pas le droit d'attendre la guérison spontanée.

Quel est alors le rôle de l'anesthésique ?



CYCLITON

"ROCHE"

ANALEPTIQUE CENTRAL
eupnéique
toni-cardiaque
d'élimination rapide.

PRÉVIENT ET COMBAT choc, collapsus, asphyxie, asthme, cyanose, essoufflement.

FAVORISE la ventilation pulmonaire, l'hématose et les contractions cardiaques.

RECRÉE l'euphorie fonctionnelle des appareils cardio-vasculaire et respiratoire.



SOLUTION à 25 %
flacon de 15 cm3
XL à LXXX gouttes p.j.

COMPRIMÉS à 0,10 g.
Boîte de 20
2 à 5 par jour.

AMPOULES de 2 cm3 à 0,50 g
Boîte de 6
1 à 3 par jour (voie ss-cutanée.)

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, rue Crillon. Paris (4e)

PULMOSÉRUM

Base : Phosphogaïacolate de codéine

TONIQUE GÉNÉRAL PUISSANT
ANTISEPTIQUE PULMONAIRE

TOUX - RHUMES - BRONCHITES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES
GRIPPE ET LEUR CONVALESCENCE

3 à 5 cuillerées à soupe dans un peu d'eau sucrée à prendre dans la journée ou au milieu des repas.

LABORATOIRES A. BAILLY - 15 RUE DE ROME - PARIS 8e



FLÉTAGEX

POMMADE BIOLOGIQUE AUX VITAMINES A ET D

(Huile de Foie de Flétan et de Morue)

est à la disposition des Médecins.

PLAIES ATONES
ULCÈRES VARIQUEUX
BRULURES - ENGELURES
Cicatrise - Calme le Prurit
Désinfecte sans irriter

PAS DE POUDRES INERTES !
L'excipient de Flétagex s'incorpore parfaitement à l'Huile de Foie de Flétan et à l'Huile de Foie de Morue sans altérer les Vitamines, principe actif de Flétagex.

Laboratoires SUJAL - J. LAFARGE, Dr. en Pharmacie - 62, rue de la Brauderie, CHATEAUROUX (Indre)

Qu'il nous soit permis de faire une comparaison : Le complexe hématie-oxyde de carbone passe pour être particulièrement fixe et indissociable. Nicloux a cependant montré que l'on peut déplacer l'oxyde de carbone par l'oxygène sous pression : l'anesthésie ne réaliserait-elle pas une sorte de « forcement » comparable à celui de l'oxygénothérapie ?

Abel et Charlian ont, contrairement à ce que l'on pense généralement, montré que le sérum a une action remarquable sur la toxine fixée, *avant l'apparition des symptômes*, mais par contre qu'elle est inefficace dès que le tétanos est déclaré.

On ne peut donc que faire des suppositions sur ce qui se passe entre la fixation de la toxine et l'apparition des symptômes du tétanos. Déjà en 1893, Doyon et Courmont avaient imaginé l'hypothèse suivante : la toxine serait une véritable diastase qui, par son action fermentaire, produirait un nouveau corps strychnisant qui, différent de la toxine, serait insensible au sérum.

La toxine est-elle, une fois fixée, incapable d'être déplacée par son anticorps ?

Le sérum neutralise la toxine circulant encore dans le sang et dont la suppression du foyer infectieux tarit la source.

L'anatoxine crée un état d'immunité active d'une puissance protectrice intense et durable, et les anticorps fabriqués par l'organisme sont peut-être différents de ceux apportés par le sérum. Peut-être encore, les réactions organiques créatrices de cette immunité active sont-elles obtenues plus rapidement grâce à l'immunité passive donnée par le sérum.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons nous adjuger le droit de ne pas faire de la sérothérapie intensive à nos malades. L'association sérum-anatoxine nous a apporté la preuve que les deux méthodes donnaient des résultats appréciables en guérissant les cas de tétanos très graves, en raccourcissant leur durée, en diminuant la quantité de sérum et le nombre des anesthésies.

C'est une méthode absolument inoffensive dont nous ne sommes pas en droit à l'heure actuelle de priver nos tétaniques.

BIBLIOGRAPHIE

G. Ramon. *Presse Médicale*, 3 juin 1939.
— *Presse Médicale*, 21 juin 1939.
Lenormant. Sur le mécanisme de l'intoxication tétanique. *Presse Médicale*, 27 septembre 1939. (Cet article contient une abondante bibliographie sur la question.)
J. de Brux. Tétanos retardé par la sérothérapie préventive. Guérison par l'anatoxithérapie. *Toulouse Médical*, 15 mai 1940.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Les érythroblastoses du fœtus et du nouveau-né

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Depuis quelques années, il est souvent question, en médecine infantile, d'*érythroblastoses*. Quelle est cette nouvelle affection ? C'est ce que nous voudrions expliquer ici, en nous inspirant surtout des travaux si intéressants que lui a consacrés M. Maurice Péhu (de Lyon) (1).

Le terme sert à désigner des maladies ou des syndromes qui relèvent des causes les plus diverses et que caractérise la présence, en nombre anormalement élevé, de globules rouges nucléés dans le sang circulant comme dans l'intimité de certains organes, normalement dépourvus de tout pouvoir sanguiformateur. A ce symptôme majeur s'associent habituellement de la spléno-hépatomégalie, une augmentation du taux de sérum sanguin et bilirubine et de l'urobilinurie.

Créé par Rautmann, en 1912, le mot d'érythroblastose indiquait, dans l'esprit de son auteur, qu'il s'agissait d'un trouble portant sur l'évolution du globule rouge, d'un état dysgénétique, et non inflammatoire. Il est donc indispensable, avant d'aller plus loin, de rappeler quelques notions d'hématologie normale.

Tout jeune, le globule rouge est muni d'un noyau et son protoplasma est incapable de fixer l'oxygène. Devenu adulte, il a perdu son noyau, mais son protoplasma a acquis le pouvoir de fixer l'oxygène. Il a donc subi des transformations et passé par diverses phases.

Au début, il a un noyau volumineux, finement radié, dont le réticulum contient des crevasses caractéristiques, et qui contient lui-même deux ou trois nucléoles ; quant à son protoplasma, il est fortement basophile. C'est le *proérythroblaste basophile*.

A l'étape suivante, le noyau, plus petit, ne contient plus de nucléoles mais est encore finement trabéculaire. Le protoplasma est d'autant plus basophile que la transformation acidophile est plus proche (*phénomène paradoxal* de Ferrata). Plus tard, cet érythroblaste se modifie encore : son noyau se ratatine, son protoplasma devient polychromatophile, amphotère.

A l'*érythroblaste polychromatophile* succède le *normoblaste* (*érythroblaste définitif* de Ferrata), à noyau circulaire central, homogène, coloré en violet sombre par le réactif de May-Grunwald, et à protoplasma large, qui, ayant subi l'imprégnation hémoglobique totale, est devenu uniformément acidophile et se colore en rouge carminé.

Pour se transformer en *érythrocyte*, ou *normocyte*, ou *hématie*, cet *érythroblaste orthochromatique acidophile* n'a plus qu'à perdre son noyau, par fonte ou par expulsion.

(1) M. Péhu. Sur les érythroblastoses du fœtus et du nouveau-né (*Les Feuillets du Praticien*), juin 1939. — M. Péhu et R. Noël. Sur les érythroblastoses de l'enfance (*Archives de Médecine des Enfants*), XLI, n° 6, juin 1938, pp. 321-345.

Quelques jours après la naissance — quatre ou cinq — le sang périphérique du nouveau-né à terme contient environ 5 érythroblastes orthochromatiques pour 100 cellules nucléées, constituées par un mélange de normoblastes et de leucocytes, et 0,33 pour 1.000 hématies ordinaires. A partir du cinquième jour, ils disparaissent, sauf états pathologiques, qui sont l'*ictère grave familial* de Pfannenstiel, l'*anasarque fœto-placentaire* ou *maladie de Schridde* et *l'anémie idiopathique* des nouveau-nés dont l'ensemble constitue les *érythroblastoses de la période périnatale* de Lehndorff.

Avant d'indiquer les caractères propres à ses affections, voyons leurs caractères communs. Ce sont des affections *raciales, familiales et souvent héréditaires*, qui n'ont rien à voir avec la syphilis et qui, anatomiquement, se caractérisent par des lésions viscérales : hypertrophie spléno-hépatique, avec, histologiquement, présence d'ilots hémapoïétiques insolites ou aberrants, présence de pigments ferrugineux ou biliaires, hyperplasie du tissu réticulo-endothélial, osseuses, qu'explique l'interdépendance du sang et de la moelle osseuse, et, enfin, nerveuses, sur lesquelles nous reviendrons.

L'ictère grave familial du nouveau-né ou *maladie de Pfannenstiel*, ou *myélose érythrémique suraiguë du nouveau-né des auteurs italiens* frappe plusieurs enfants d'une même famille, mais non les premiers, qui sont généralement indemnes. Le petit malade, né à terme, semble d'abord normal, lorsqu'au bout de quelques heures, apparaît, chez lui, un ictère généralisé intense. Parfois, même, le liquide amniotique et le placenta ont-ils une couleur jaune d'or. Les urines, fortement colorées, contiennent de l'urobiline et de la bilirubine. Les selles ont le type méconial. Foie et rate sont fortement hypertrophiés. Assez souvent, on note de l'inappétence, de la torpeur, des hémorragies. A noter un certain nombre de caractères négatifs : il n'y a ni ascite, ni circulation collatérale ; rien ne pousse sur les hémocultures. Il n'existe aucun signe de syphilis congénitale. A l'examen du sang, on constate l'existence d'une forte érythroblastose, 10.000, 50.000, 100.000 par cm^3. Il s'y associe souvent de la leucocytose (*érythro-leucocytose* de U. Gierke). Les formes « immatures » des globules rouges appartiennent à tous les types, depuis le proérythroblaste jusqu'à l'érythrocyte normal, en passant par toutes les formes de transition (Altzitgoglou). Parfois, vers le troisième jour, surviennent des phénomènes nerveux correspondant à l'infiltration, par des pigments biliaires, des ganglions de la base du cerveau (*ictère nucléaire, Kernicterus*) ; hypertonie généralisée avec opisthotonos, comme dans la rigidité décérébrée, petites convulsions, plus rarement type respiratoire de Cheynes Stokes. Ou la maladie, décrite pour la première fois par Schmorl, en 1903, se termine par la mort qu'annoncent de la dyspnée, des troubles de la déglutition, de l'apathie dégénérant en torpeur, qui, elle-même, aboutit au coma, la terminaison fatale ayant lieu vers les troisième ou quatrième jours, ou elle guérit, mais en laissant de graves séquelles : rigidité rappelant les formes extrapyramidales de la maladie de Little, arriération mentale. Ce syndrome, qui se voit surtout dans la maladie de Pfannenstiel, et qui a été soigneusement décrit, ces temps derniers, par MM. Péhu et Dollet, paraît lié à des lésions destructives des celles des régions déjà citées.

La maladie est à différencier de la cirrhose liée à la syphilis congénitale, qui s'accompagne d'ascite et de circulation collatérale, et ne se voit que chez des sujets présentant les stigmates clinique et les réactions biologiques de cette affection ; des mal-

formations des voies biliaires avec obstruction du cholédoque : la bile ne passant pas dans les selles, celles-ci sont décolorées, tandis que les urines sont foncées, acajou ; des ictères infectieux, fébriles, d'allures sévères, compliqués d'hémorragies importantes, ou l'hémoculture est positive. Dans aucune de ces trois affections, d'ailleurs, n'existe d'érythroblastose.

L'*anasarque fœto-placentaire*, ou *maladie de Schridde* (1920), est un œdème généralisé, sans aucune anomalie fœtale ou maternelle, qu'on observe chez des enfants nés prématurément, mort-nés ou vivant seulement quelques heures. Le corps du fœtus est le siège d'une infiltration diffuse, occupant non seulement le tissu cellulaire, mais les séreuses, et prédominant sur l'extrémité céphalique, qui a l'air d'être comme recouverte d'un casque d'aviateur. Le liquide d'œdème, de couleur jaune d'or, contient de la bilirubine et de l'urobiline. Le sang est anormalement riche en érythroblastes qu'on retrouve aussi dans les tissus, et cela a été le grand mérite de Rautmann de comprendre, dès 1912, que ces éléments jusqu'alors considérés comme des lymphocytes, n'étaient que des hématies nucléées. La maladie est en étroites relations d'alternance, de succession et même parfois de coïncidence avec la précédente et avec la suivante.

Familiale, l'*anémie idiopathique du nouveau-né*, ou *maladie d'Ecklin*, se présente sous la forme d'une anémie idiopathique, indépendante de toute septicémie aiguë, de toute syphilis congénitale, de toute hémorragie et que, seule, spécifie la présence, dans le sang, d'érythroblastes, de leurs ancêtres et de leurs descendants.

Quelle est la signification de ces érythroblastoses du nouveau-né ? Pour MM. Péhu et Noël, leur existence indique que la moelle n'a pas perdu son pouvoir de « fabriquer » des hématies, à condition que l'anémie soit d'intensité moyenne, car ni les grandes, ni les petites anémies ne s'accompagnent d'érythroblastose. Encore une fois, il s'agit d'un processus réparateur mais dysgénétique, de cause d'ailleurs obscure.

S'il n'y a rien à faire pour l'anasarque fœto-placentaire, on ne peut pas dire que les autres formes soient au-dessus des ressources de la thérapeutique. Curatif, le traitement consistera en *transfusions sanguines* (C. de Lange, Kleinschmidt) quotidiennes, à doses convenables (1 p. 100 du poids corporel), continuées une semaine et dont les effets seront contrôlés par des examens hématologiques réguliers. Intraveineuses, ne sont-elles pas possibles, on leur substituera des injections intramusculaires de sang. Les spécialistes discutent encore la question de savoir si on doit prendre, pour ces injections, le sang des parents ou un sang étranger (Kleinschmidt). L'usage de composés ferriques, cupriques et de préparations hépatiques est également à recommander (M. Péhu). Préventif, il devra, si l'on a la chance de soigner, pendant sa grossesse, une femme avant déjà eu un ou plusieurs enfants atteints d'anasarque fœto-placentaire, de la mettre, dès le quatrième mois, à l'*opothérapie hépatique*. Pourquoi cette opothérapie ? Pour essayer de diminuer la fonction érythrolytique de la rate (Bernheim-Karrer, 1931). Pouquoi seulement à partir du quatrième mois ? Parce qu'auparavant, il existe souvent un état nauséeux qui s'oppose à l'administration des fortes doses indispensables. Le traitement sera poursuivi tout ce quatrième mois, interrompu jusqu'au septième, puis repris jusqu'à l'accouchement (M. Péhu et A. Brochier) (1). Les préparations que l'on trouve dans le commerce paraissent moins actives que le foie frais donné à la dose de 100 g. par jour. Les lésions osseuses, du type scorbutique, étant constantes dans l'anasarque fœto-placentaire, on ne manquera pas de prescrire de la vitamine C (M. Vogt, 1934). Dès la naissance, des examens hématologiques doivent être effectués tous les jours pendant une semaine. Ne montrent-ils aucune anomalie, la partie peut être considérée comme gagnée. Décèlent-ils la présence d'une forte quantité d'érysthroblastes, on commencera aussitôt les transfusions sanguines.

(1) M. Péhu et A. Brochier. Prophylaxie de l'ictère grave familial du nouveau-né (*Revue Française de Puériculture*, V, n° 3, 1937-1938, pp. 111-120).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 22 *décembre* 1941. — Jury : MM. Abrami, Chiray, Besançon J. — M. Ordonneau. L'hypertension artérielle maligne aiguë des jeunes.

Mardi 23 *décembre* 1941. — Jury : MM. Tanon, Lenormant, Cachera, Joannon. — M. Le Van Chinh. Les rotations vicieuses du rein. — M. Candau. Etude critique et expérimentale de quelques tests d'insuffisance hépatique.

THESE VETERINAIRE

Mardi 23 *décembre* 1941. — Jury : MM. Mocquot, Lesbouyries, Henry. — M. Darces. Etude comparative de la trichonomose génitale chez la femme et chez les animaux femelles domestiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 13 janvier 1942

Séance consacrée à la valeur de la présence ou de l'absence du bacille de Koch dans les crachats pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire

Bases générales de la discussion. — M. Sergent rappelle l'heureuse initiative prise par le professeur Hartmann lorsqu'il demanda à l'Académie de consacrer quelques séances à des sujets d'actualités.

M. Sergent pose les bases du débat en exposant les grandes lignes d'une étude magistrale publiée dans la *Presse Médicale* du 31 juillet 1941 (1). Voici ses conclusions :

1° La constatation du bacille de Koch dans une *lésion* broncho-pulmonaire permet seule d'affirmer la nature tuberculeuse de cette lésion, sous réserve de la possibilité de pénétration secondaire dans cette lésion, si elle n'est pas de nature tuberculeuse (foyer de suppuration, abcès, cancer...), de bacilles provenant par effraction de foyers tuberculeux voisins.

2° La constatation du bacille de Koch dans *l'expectoration* ne suffit pas, à elle seule — pour les mêmes raisons — pour affirmer la nature purement et simplement tuberculeuse d'un *syndrome clinique*, qui peut, lui aussi, résulter d'une association locale accidentelle.

3° La constatation du bacille de Koch dans les *crachats*, si elle ne s'accompagne d'aucun symptôme général ni fonctionnel, d'aucun signe physique local (stéthacoustique, radiographique), ne peut autoriser à admettre *sans discussion* l'existence d'une tuberculose pulmonaire *inapparente ;* avant de s'incliner devant ce diagnostic, il importe de recourir aux méthodes de contrôle qui s'imposent : recherche du bacille de Koch dans le rhino-pharynx, où il peut vivre en *parasite*, et, en même temps, dans la trachée et les bronches par sondage et aspiration sous-glottique (méthode de Lowys). Ici, apparaît la catégorie des *faux tuberculeux bien portants*, c'est-à-dire *des cracheurs de bacilles sans lésions*.

4° L'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration ne permet pas de rejeter à coup sûr le diagnostic de tuberculose pulmonaire ; la *tuberculose fermée* n'est pas un mythe, mais une « vérité première ». Ici prennent place les *vrais tuberculeux méconnus*.

5° L'absence, plusieurs fois répétée, de bacilles de Koch dans les crachats, chez des sujets qui ne présentent aucun signe ni symptôme indubitable de tuberculose broncho-pulmonaire doit imposer la recherche d'une affection trachéo-bronchique ou pulmonaire simulant la tuberculose. Ici prennent place les *faux tuberculeux* qui rentrent dans la catégorie des *pseudo-tuberculeux.*

La présence de bacilles tuberculeux dans les crachats implique-t-elle l'existence d'une lésion pulmonaire ? — M. Fernand Besançon. — La publication de quelques observations démontrant la présence de bacilles de Koch dans les crachats sans signes radiologiques appréciables (Cordier, Bezançon, Sergent, Meersseman), ne diminue en rien la valeur fondamentale de la constatation du bacille de Koch pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

La constatation de bacilles, comme celle d'aspects radiologiques anormaux, pose un problème que la clinique doit résoudre ; à côté de la tuberculose banale manifeste, il existe les cas rares, d'ailleurs, de « tuberculose à minima » où il est probable qu'il s'agit, comme l'a montré M. Bezançon, de tuberculose occulte à expectoration bacillifère, c'est-à-dire de cas qui se déroulent dans une atmosphère de tuberculose, comme le révèlent les antécédents, l'évolution, l'histoire clinique : le nombre de ces cas diminuant au fur et à mesure qu'on multiplie les examens radiographiques en positions diverses et qu'on utilise la tomographie.

De ces tuberculoses occultes, on doit rapprocher les nombreux cas où l'on trouve des bacilles accidentellement au cours des suppurations broncho-pulmonaires, mais aussi de pneumonie, de lympho-granulomatose, de cancer, et ceux où il y a une décharge de bacilles, quelquefois même assez prolongée à la suite d'une injection de vaccin, d'une insolation prolongée, d'ingestion d'iodure ; on a pu prononcer dans ces cas le terme de « bacille de sortie ».

Existe-t-il des porteurs sains de bacilles tuberculeux, comme il il y a des porteurs de germe (méningocoque, bacille dipthérique) ? M. Bezançon rappelle les observations de MM. Sergent et Durand et les recherches anciennes de Straus. Avec ses collaborateurs, il n'a pu constater de bacilles dans le rhino-pharynx de personnes vivant au contact des tuberculeux. Il croit au faible rôle des poussières dans la transmission de la tuberculose. Celle-ci est due à une contagion directe par les crachats humides ou les mucosités bacillifères projetées.

Existe-il enfin des « cracheurs sains » de bacilles ? M. Bezançon rappelle les intéressantes recherches de M. Meersseman, dans

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1941, nos 65-66, p. 646.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques soat purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitemeut neuro-tonique susceptible de remettre eu équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se ponrsuit toujours saas incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1 000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNÉSÉRINE - GÉNATROPINE

Granules - Gouttes - Ampoules

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

Zone Libre : Laboratoire des Produits Amido, **Riom** (Puy-de-Dôme)

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN :**

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs. — ETAIN (Meuse)

CAPARLEM — COLLOSOUFRE — CRYOSAN — SEROCALCINE

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE

PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPHATIQUE

SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, R. NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

l'armée, et sa constatation, très rare d'ailleurs, d'individus complètement sains chez lesquels il a été accidentellement trouvé des bacilles dans l'expectoration.

Il montre, pour terminer, que, scientifiquement, il est démontré par des constatations bactériologiques et par l'expérimentation, qu'on peut trouver des bacilles dans un parenchyme sain et que comme l'a dit Guérin, le terme de porteur sain qui n'est pas sans effrayer quelque peu le médecin est admis par le vétérinaire.

Du point de vue thérapeutique, on fera de grandes distinctions entre les tuberculeux manifestes et les malades atteints de tuberculose occulte. *Pour ces derniers* et les dits *porteurs sains*, une mise en observation et une cure de repos relative s'impose ; *pour les cracheurs sains*, une simple surveillance.

On n'oubliera pas que tous ces malades, tant qu'ils sont émetteurs de bacilles, doivent être considérés comme contagieux.

M. Rist expose ensuite des **considérations cliniques chez l'adulte.** Il étudie l'absence de bacilles dans les crachats malgré l'existence de lésions pulmonaires.

M. Ribadeau-Dumas expose des **considérations cliniques chez l'enfant.**

M. Boquet ; **considérations bactériologiques.** Affirmation de la présence ou de l'absence. — Constatation de virulence. — Pseudo-bacilles de Koch.

Nous reviendrons sur ces dernières communications et les conclusions qui seront votées à l'issue du débat.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 décembre 1941

Action du citron sur le syndrome ascitique des cirrhotiques. — MM. Léon Binet et P. Tanret. — Quatre observations cliniques de cirrhose avec ascite dans lesquelles la cure de citron a donné de bons résultats : absorption de 3 à 4 citrons par jours (jus et zeste). Après deux ou trois semaines de traitement, on note une élévation de la diurèse, un arrêt du processus ascitique et la résorption progressive de l'ascite. Ces faits s'expliquent par la présence dans le citron et de l'acide ascorbique et de l'hespéridine, celle-ci jouant sur la perméabilité cellulaire et augmentant l'efficacité de l'acide ascorbique.

Sur le traitement des ascites cirrhotiques par le jus de citron. — M. Laederich. — Trois observations d'ascites cirrhotiques remarquablement influencées par l'absorption quotidienne de citron.

Dans deux cas, notamment, il s'agissait de cirrhoses graves à ascite intarissable depuis des mois, à volumineux œdèmes des membres inférieurs ; l'administration de citron amena rapidement une diurèse abondante et la résorption progressive des œdèmes et de l'ascite. Les courbes des urines, du poids et des ponctions montrent avec évidence l'action diurétique qui s'est déclenchée en quelques jours et a persisté des semaines.

Les quelques essais de cette médication tentés sur des œdèmes ont, au contraire, donné jusqu'ici aucun résultat encourageant. Il ne semble pas que l'action diurétique du jus de citron chez les cirrhotiques soit attribuable à l'acide ascorbique.

L'action du citron sur les cirrhoses ascétiques n'est donc certainement pas constante.

Troubles graves de la conduction auriculo-ventriculaire avec périodes de Luciani-Wenckebach au cours d'un syndrome malin tardif de diphtérie. — MM. Giraud, J. Sanez et A. Orsini (de Marseille).

Maladie d'Addison traitée par l'implantation sous-cutanée de comprimés d'acétate de désoxycorticostérone — MM. Bariéty, A. Hanaut, Léger, H. Brioaire et L. Gouoerot.

Intoxication saturnine. — MM. Rathery et Derot. — Il s'agit d'un malade qui, depuis cinq jours seulement, était métalliseur en plomb et qui a présenté une intoxication saturnine aiguë professionnelle, dont le mécanisme semble être l'inhalation associée à la voie digestive. Il a présenté un syndrome digestif et un syndrome hépatonéphrétique qui ont vite régressé. Mais le syndrome hématologique a persisté trois mois. De plus, l'élévation du taux du plomb dans le sang était très importante.

Deux cas de mononucléose infectieuse récidivante. — M. J. Mallarmé. — Intéressantes observations des deux cas de mononucléose infectieuse ayant présenté par trois fois le même tableau clinique, en 1939, en 1940, en 1941, à la même époque.

Ces deux observations permettent de conclure que :

Toutes deux, avec des signes différents, sont bien des mononucléoses infectieuses (réaction de Paul et Bunnel positives).

Toutes deux ont présenté respectivement trois épisodes identiques ou presque, chaque épisode reproduisant fidèlement le même tableau que la première fois.

Dans l'un et l'autre cas, les récidives se sont produites après un an, à la même époque, comme l'épisode initial, à l'été pour le premier cas, au printemps pour le deuxième.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA

FRACTURE DE LA ROTULE

Un blessé, adulte jeune le plus souvent, plutôt homme que femme, victime d'un traumatisme direct à la face antérieure du genou, ou, plus souvent, ayant fait une chute le genou en flexion, au cours de laquelle il ressentit une douleur vive, parfois un craquement, est amené présentant une douleur au niveau du genou, exagérée par les tentatives de mobilisation ; une impotence fonctionnelle, le plus souvent totale du membre atteint, ayant immédiatement suivi le traumatisme, encore que, dans quelques cas, le blessé ait pu se relever pour aussitôt, de nouveau, s'affaisser.

Son genou, plus souvent le droit que le gauche, est gros et tuméfié : parfois, vu très tôt, il peut présenter au niveau de la rotule, une rainure transversale répondant à l'écart entre les deux fragments. Mais, habituellement, un gonflement précoce et important vient masquer ce symptôme. A la palpation, l'existence d'une dépression transversale, plus ou moins large, où l'on peut enfoncer les doigts, tendant à s'élargir si l'on mettait le genou en flexion ; la perception de deux fragments exquisément douloureux au niveau du trait de fracture, et que l'on peut, avec douceur, mobiliser l'un sur l'autre, caractérisent une fracture de la rotule dans sa forme la plus habituelle :

Transversale, au tiers moyen, avec déplacement.

Si le blessé est vu plus tard, après les toutes premières heures, ces signes sont moins nets : le genou est tuméfié, siège d'un gonflement important débordant parfois sur le tiers supérieur de la jambe, des ecchymoses apparaissent : si l'on ne peut plus percevoir les fragments et la dépression inter-fragmentaire, l'existence de points douloureux exquis sur la face antérieure de la rotule sera très évocatrice de la lésion.

En tous cas, ce serait avec une extrême prudence qu'on étudierait la motilité de l'articulation : activement, la flexion serait intacte, l'extension le plus souvent impossible ou très limitée. Parfois, cependant, grâce à l'intégrité des ailerons rotuliens, elle subsisterait dans une certaine mesure, certains blessés pourraient même marcher, notamment la marche à reculons serait possible. Mais ce sont là des manœuvres dangereuses dont il vaut mieux s'abstenir. De même, l'étude de la motilité passive, qui montrerait un genou libre, demande des manœuvres nocives.

On ne terminera pas l'examen sans juger de l'état de la peau, souvent contuse, présentant des érosions, lésions qu'il est sage de traiter avant de pratiquer une intervention sanglante.

Une radiographie, de face et de profil, confirme le diagnostic en montrant l'existence de deux fragments inégaux (le supérieur plus volumineux que l'inférieur), séparés par un trait transversal, parfois un peu concave en haut, et présentant un triple déplacement : un écart dont l'étendue, plus ou moins considérable, est liée à l'intégrité des ailerons rotuliens ; une bascule en avant de leur extrémité fracturaire ; parfois, une translation en dehors du fragment supérieur, due à la prépondérance du vaste externe.

Evolution. — Autrefois, le pronostic de cette fracture était très réservé. En effet :

— Fracture articulaire ;

— Fracture avec interposition du surtout fibreux pré-rotulien déchiré ;

Elle se consolidait par cal fibreux ; souvent douloureux, siège parfois d'entorses, entravant les mouvements de l'articulation du genou (moins souvent l'extension, limitée par un cal d'une longueur excessive réalisant parfois une véritable désinsertion physiologique du quadriceps, que la flexion, bridée par la butée du fragment supérieur contre le bord supérieur hyperostosé de la trochlée fémorale). A ces phénomènes s'ajoutaient des troubles d'arthrite traumatique et d'atrophie du quadriceps, réalisant un tableau bien peu satisfaisant au point de vue fonctionnel.

Depuis l'ère de la chirurgie, ce pronostic a été transformé, le traitement chirurgical permettant une réduction, une coaptation parfaite des fragments et la consolidation par cal osseux, permettant, d'autre part, de lutter par une mobilisation très précoce contre l'atrophie du quadriceps et les phénomènes d'arthrite post-traumatique, phénomènes qui, cependant, viennent bien souvent encore, surtout chez des sujets se prêtant mal à une mécanothérapie toujours pénible, retarder et compromettre la guérison.

Variétés. — Telle est la forme la plus habituelle ; les fractures transversales étant de beaucoup les plus fréquentes. Signalons-en quelques variétés :

— Une forme sans déplacement : où les symptômes sont réduits au minimum : gonflement du genou et points douloureux exquis

à la face antérieure de la rotule ; sans interposition fibreuse, elles pourraient relever du traitement orthopédique, encore que celui-ci ne permette pas une mobilisation précoce.

— La fracture de la pointe de la rotule qui est extra-articulaire ;

— Des formes itératives : où l'on invoque une fragilité anormale de l'os. Parfois, on observe une fracture de la rotule du côté opposé, qui serait favorisée par la première fracture ;

— Une forme bilatérale ;

— Des formes étiologiques : par contraction musculaire ; par traumatisme direct, s'accompagnant de lésions de la peau et des parties molles ; des formes mixtes enfin ;

— Une fracture ouverte : l'ouverture étant due à l'agent contondant : particulièrement redoutable car ouvrant l'articulation du genou.

D'autre part, il est assez fréquent d'observer des fractures comminutives : dues à un traumatisme direct, caractérisées cliniquement par un gros gonflement, de multiples points douloureux exquis, parfois de la crépitation osseuse ; la radiographie précise l'existence, séparés par un trait étoilé, d'un nombre variable de fragments, parfois groupés en deux amas qui, à un examen superficiel, pourraient en imposer pour une fracture transversale.

Quant aux fractures verticales : sagittales le plus souvent, et sans déplacement, frontales exceptionnellement, ce sont des variétés rares.

Signalons, enfin, la possibilité de fractures parcellaires, par arrachement de l'insertion du tendon du quadriceps ou du ligament rotulien.

Diagnostic. — Telles sont les différentes variétés de la fracture de la rotule : le plus souvent leurs symptômes sont assez nets pour ne point prêter à discussion. Seules, la fracture sans déplacement et les fractures verticales, les formes vues tardivement, pourraient poser le diagnostic d'une hémarthose traumatique et faire rechercher une lésion osseuse ou ligamentaire du genou. Enfin, les ruptures de l'appareil rotulien : rupture du tendon du quadriceps, du ligament rotulien, ou une fracture de la tubérosité antérieure du tibia avec ascension du fragment tubérositaire, réalisent des tableaux assez différents. Seuls, une rupture du surtout pré-rotulien, sans fracture de la rotule pouvant créer une dépression pré-rotulienne ; un hématome d'une bourse séreuse pré-rotulienne, peuvent poser des problèmes assez délicats.

En cas de doute, la radiographie tranchera la question : un examen superficiel ne devant, cependant, pas méconnaître la possibilité d'une « patella bipartita », ou de certaines « patellites » des adolescents, qui peuvent réaliser un aspect de fragmentation rotulienne.

Traitement. — Le traitement doit pouvoir assurer une coaptation exacte des fragments et permettre une mobilisation précoce de l'article pour lutter contre l'atrophie du quadriceps et l'arthrite traumatique. C'est dire que, en règle, on emploie le traitement chirurgical. Il comprend : l'avivement des fragments, le nettoyage soigneux de l'articulation que l'on vide du sang et des caillots qu'elle contient, la coaptation des fragments enfin, que l'on peut obtenir par différents procédés : la suture, soit simple suture du surtout fibreux, insuffisante pour la plupart ; soit suture osseuse ; le cerclage au fil métallique ou au crin ; une méthode mixte, le double hémi-cerclage ; enfin, des auteurs américains ont proposé l'ablation pure et simple de la rotule dont l'absence n'entraînerait aucun trouble.

Ces différentes méthodes sont employées suivant la préférence de chacun : cependant, d'une façon générale, on peut dire que les fractures comminutives relèvent essentiellement du cerclage, la suture étant plus propre aux fractures transversales.

La date de l'intervention est discutable : soit immédiate, soit, pour beaucoup, après deux ou trois jours, pour permettre la désinfection et la mise en état de la peau.

L'intervention est suivie par une immobilisation en extension qui doit être de courte durée : dès le 8e jour on doit mettre en œuvre un traitement mécanothérapique attentif.

Quant au traitement orthopédique, il ne trouverait guère d'indication qu'en cas de fractures verticales, de fractures sans déplacement : encore peut-on lui reprocher de rendre difficile la mobilisation précoce, élément nécessaire pour obvier à l'atrophie du quadriceps et aux phénomènes d'arthrite post-traumatique.

Enfin, on peut être amené à traiter une fracture consolidée par cal vicieux : résection d'un cal douloureux ou limitant le jeu de l'articulation, et avivement des fragments.

René Tostivint.

Les paradentoses et leur traitement ; ancienne pyorrhée alvéolaire ou maladie de Fauchard, par A. Jean-Held, privat-docent de l'Université de Genève, préface du Dr Julien Tellier. — Un volume de 322 pages avec 160 figures. Masson, éditeur, Paris.

LOI N° 5271 DU 31 DECEMBRE 1941
modifiant et complétant la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins (1)

Article premier. — L'article 4 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins est modifié comme suit :

« Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins se réunit au moins une fois par trimestre.

« Il maintient la discipline intérieure et générale de l'Ordre.

« Il assure le respect des lois et règlements qui le régissent.

« Il a la garde de son honneur, de sa morale et de sa probité.

« Il fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts.

« Il délibère sur les affaires soumises à son examen.

« Il est l'interprète des médecins auprès des pouvoirs publics.

« Le règlement intérieur du Conseil Supérieur, et notamment les dispositions relatives à la procédure d'examen des recours introduits auprès du Conseil seront fixés par un règlement d'administration publique.

« Le statut de la profession médicale sera fixé par décret rendu en Conseil d'Etat, sur proposition du Conseil Supérieur de l'Ordre. Il prendra le nom de « Code de déontologie ».

Art. 2. — Il est ajouté à la loi du 7 octobre 1940 un article 12 *bis*, ainsi conçu :

« Les médecins régulièrement inscrits au tableau d'un ordre départemental sont déliés du secret professionnel institué par l'article 378 du Code Pénal, vis-à-vis du Conseil Supérieur et des Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins, pour toutes déclarations ou dépositions effectuées devant ces organismes ; ils n'encourent, de ce fait, aucune des peines prévues audit article du Code. »

Article 3. — Il est ajouté à la loi du 7 octobre 1940 un article 12 *ter*, ainsi conçu :

« Les membres des Conseils de l'Ordre, ainsi que toutes personnes au service de ces organismes, sont tenus, pour tous les faits parvenus à leur connaissance à l'occasion de l'exercice de leur mandat ou de l'exécution de leur service, au secret institué par l'article 378 du Code Pénal.

« Seront punies des peines prévues audit article du Code toutes personnes ayant contrevenu aux dispositions du paragraphe précédent. »

Art. 4. — Il est ajouté à la loi du 7 octobre 1940 un article 16 *bis*, ainsi conçu :

« Le règlement intérieur des Conseils départementaux, et notamment les dispositions relatives à l'inscription au tableau et à la procédure disciplinaire, sera fixé par un règlement d'administration publique rendu après avis du Conseil Supérieur de l'Ordre. » (*J. O.*, 9 janvier 1942.)

(1) Cf. *Gaz. Hôp.*, 1940, nos 71-72, p. 661.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Questions fiscales

Il est, à la vérité, surprenant qu'on puisse voir reprendre actuellement des campagne qui relèvent de la démagogie.

On fait grand bruit autour d'une découverte sensationnelle : les déclarations des revenus des médecins seraient, pour 1940, inférieures à ce qu'elles étaient en 1938.

Avec un peu de réflexion, ceux qui ont inspiré cette campagne auraient pu penser que ce qui aurait été surprenant c'eût été qu'elles fussent aussi élevées.

Cette diminution générale des recettes est tellement normale — et cela pour les médecins comme pour les autres citoyens — qu'elle a déterminé la promulgation de la loi du 22 octobre 1940 qui s'applique à tous les patentables, y compris les médecins.

Tout le monde sait, d'autre part, que les médecins ont dû tous diminuer leur train de vie, supprimer des domestiques, et on peut bien penser que ce n'est pas pour le plaisir de frauder que nombre de femmes de nos confrères ouvrent elles-mêmes la porte aux malades et font tout ou partie du ménage de leur mari.

Enfin, il est un fait qui montre combien cette campagne est peu justifiée. Nous avons fait partie de la commission de taxation depuis son institution ; cette commission était chargée de juger les médecins présumés fraudeurs. La première année nous avons eu plusieurs réunions et vu ainsi un cerain nombre de cas ; puis, d'année en année, ce nombre est allé en diminuant ; tant et si bien que, dans les dernières années avant la guerre, notre commission ne s'est pas réunie une seule fois.

N'est-il pas légitime de conclure que l'administration a considéré comme satisfaisantes les déclarations faites au cours des deux années correspondantes, puisqu'elle n'a pas jugé à propos de recourir à la juridiction de cette commission ?

Il appartient à l'Ordre des Médecins de réfuter cette insanité qui est, en même temps, une calomnie.

A. Herpin.



ITADIASE

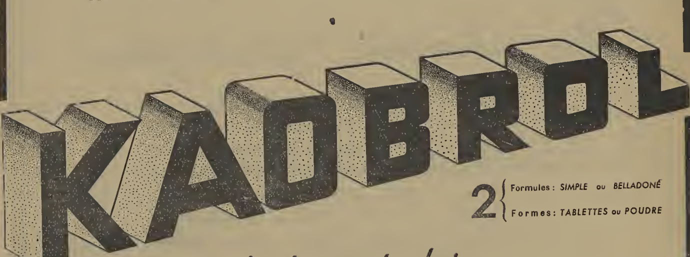
INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM ASSOCIÉ AUX VITAMINES B

2 formes
Granulés : 3 à 6 cuillerées à café
Comprimés : 3 à 6 par jour

Surmenage physique et intellectuel - Dépression nerveuse - Convalescence — Grossesse et Allaitement - Croissance - Troubles de l'assimilation —

Laboratoire du Docteur J. GALIMARD - VERSAILLES (Seine-et-Oise)

HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIE NERVEUSE
AÉROPHAGIE



2 { Formules : SIMPLE ou BELLADONÉ
Formes : TABLETTES ou POUDRE }

toutes gastralgies

LABORATOIRES J. LAROZE, 54 RUE DE PARIS CHARENTON (SEINE)

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE

VALS SAINT-JEAN

ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre

Publ. J. Bazaine



Un aliment "prédigéré"

La farine SALVY, composée principalement de lait pur de Normandie, de farine de froment et de sucre, subit en cours de préparation une **action diastasique effective** et rigoureusement contrôlée. Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en maltose et dextrines. C'est **l'aliment parfait des enfants avant, pendant et après le sevrage.**

FARINE*
LACTÉE DIASTASÉE
SALVY



★ Aliment réservé aux consommateurs des catégories E, J 1, et V, contre ticket N° 7, ou tickets de pain.

Nécrologie

JACQUES-CHARLES BLOCH

1889-1940

La disparition brusque de J.-Ch. Bloch a jeté la consternation parmi ses amis. Et ils sont nombreux parce qu'il était bon, serviable, généreux et que son amitié était sûre.

Né à Paris, d'une famille protestante et militaire, son père, prisonnier pendant l'autre guerre, était colonel d'artillerie, l'un de ses oncles, général ; il parcourut une carrière médicale rapide et brillante : interne des hôpitaux en 1910, médaille d'or en 1921, prosecteur la même année, chirurgien des hôpitaux en 1926, il eut comme Maîtres Reclus, Lejars, Grégoire, mais surtout le Prof. Cunéo dont il fut l'assistant de 1926 à 1940.

Pendant la guerre de 1914, J.-Ch. Bloch est médecin dans un régiment du génie ; en 1915, volontaire pour la Roumanie, il y contracte le typhus, revient en 1917 en France par la Russie et reste dans une ambulance du front jusqu'à la fin des hostilités.

J.-Ch. Bloch était un travailleur et son bagage scientifique est important : chef de laboratoire à la Faculté, de 1919 à 1925, il s'adonne a l'enseignement de l'anatomie médico-chirurgicale (corps thyroïde, anastomoses intestinales, vascularisation colique, etc.). Il est l'un des initiateurs du Laboratoire de chirurgie expérimentale.

Ses publications sont nombreuses ; en collaboration avec le Prof. Cunéo : amputation du rectum chez la femme, traitement des fractures ouvertes, traitement des pseudarthroses de la diaphyse du fémur. Personnellement : une technique d'anastomose intestinale, plaie des tendons des doigts, etc., mais avant tout il s'intéresse à la thyroïdectomie dont il publie 154 observations et à la chirurgie gastrique. Opérateur d'une grande habileté, minutieux, patient, il était un fervent de l'anesthésie loco-régionale dans la gastrectomie. Sa disparition constitue une grande perte pour la chirurgie française.

M. L.

Nous apprenons avec une vive peine la mort du Dr Yves Lemaître, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, chargé de l'enseignement oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine d'Alger. Nous adressons à son père, le professeur Fernand Lemaître, professeur de la clinique oto-hino-laryngologique de la Faculté de Médecine de Paris, l'expression de notre profonde et bien affectueuse sympathie.

— Du Dr Morel Kahn, médecin électro-radiologiste de l'hôpital de la Charité-Broussais, décédé à Tours.

— Du médecin général des troupes coloniales, Jean Vaysse, décédé à Nice.

— Du Dr Boulanger, décédé à Paris, 80, rue de l'Université.

Nous apprenons tardivement le décès de M. A. Noyons, professeur à l'Université et directeur de l'Institut de Physiologie d'Utrecht (Pays-Bas), ancien professeur à l'Université de Louvain. L'éminent physiologiste était membre de l'Académie royale de Médecine de Belgique.

LIVRES NOUVEAUX

Chronique des Pasquier. — **Suzanne et les jeunes hommes**, par Georges Duhamel, de l'Académie Française. Un volume broché in-8°. Prix : 21 francs. Ed. Mercure de France, Paris, 1941.

Tout en poursuivant ses travaux si heureusement inspirés à la Commission du rationnement de l'Académie de Médecine, notre illustre confrère nous apporte aujourd'hui le neuvième tome de la *Chronique des Pasquier*. Ainsi se trouve assuré l'enchaînement si attendu de l'histoire d'une famille médicale.

M. Duhamel se plaît, dit-on, à travailler sur une table de jardin, au milieu de ses fleurs qu'il aime, de ses arbres qu'il chérit plus encore. Cette méthode de travail doit être la sienne. Au cours du volume qu'il vient de consacrer à Suzanne, la fille du Dr Pasquier, on remarque, en effet, de nombreuses descriptions de fleurs précieuses et de plantes rares. M. Duhamel s'y attarde volontiers pour notre plus grand plaisir. Mais la plus belle de ces fleurs n'est-elle pas cette admirable Suzanne qui règne en souveraine dans ce volume.

Suzanne Pasquier s'est consacrée au théâtre et au 5e art. Et l'auteur ne manque pas de nous guider, avec adresse, dans ce monde où sa belle héroïne évolue au milieu « des jeunes hommes », avec une dignité parfaite, une vive intelligence, et aussi une exquise sensibilité. Sa grâce remplit le beau roman de M. Duhamel. En fermant le livre, le lecteur enchanté est tenté de dire à l'auteur : Pourquoi nous l'avez-vous fait tant attendre ?

F. L. S.



PHYTOTHÉRAPIE TONI-VEINEUSE

STIMULANT DE LA CIRCULATION VEINEUSE
SÉDATIF DE L'APPAREIL UTÉRO-OVARIEN

PRÉSENTATION : Elixir vanillé très agréable au goût. Egalement présenté sous forme de comprimés.

COMPOSITION : Extraits de : Bourse à pasteur, Berbéris, Hamamélis, Quinquina, Viburnum prunifolium, Marron d'Inde, Anémone pulsatille.

INDICATIONS : Tous les états d'insuffisance veineuse, les varices et états variqueux, les séquelles de phlébites, les hémorroïdes, les troubles des fonctions menstruelles, aménorrhées, dysménorrhées douloureuses, et dans les troubles de la ménopause avec états congestifs.

POSOLOGIE : 1 cuillerée à café dans un peu d'eau, avant les 3 repas.

HÉMOLUOL

LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. GUÉROULT, Dr. en Pharmacie - SURESNES. (Seine)

INFORMATIONS

(suite de la page 18)

Académie de Médecine. — Prix a décerner en 1942 *(limite d'inscription : 28 février 1942)*. Prix a partage autorisé : Amussat (1.500 fr.). — Barbier (2.500 fr.). — Berraute (un titre de rente de 3.092 fr.). — Brault (4.000 fr.). — Capuron (2.000 fr.). — G. Durante (2.000 fr.). — Durante (2.000 fr.). — Fournier (5.000 fr.). — Guérétin (1.500 fr.). — Hadot (3.600 fr.). — H. Herpin (2.000 fr.). — Larrey (600 fr.). — Leveau (3.000 fr.). — Marmottan (100.000 fr.). — Merville (1.800 fr.). — Monbinne (1.500 fr.). — Roussilhe (deux prix de 10.000 fr.). — Vernois (800 fr.).

Partage interdit : Prix de l'Académie : Recherches de chimie mécrobienne (1.000 fr.). — Alvarenga de Piauhy (1.200 fr.). — Apostoli (1.000 fr.). — Argut (800 fr.). — Audiffred (un titre de rente 3 % de 24.000 fr.). — Baillarger (2.500 fr.). — Barthélemy (3.000 fr.). — Boullard (2.000 fr.). — Boulongne (6.000 fr.). — Bourcerct (1.200 fr.). — Buignet (1.600 fr.). — Cailleret (500 fr.). — Campbell-Dupierris (3.000 fr.). — Chevallier (9.000 fr.). — Chevillon (3.000 fr.). — Civrieux (1.000 fr.). — Clarens (500 fr.). — Combe (3.000 fr.). — Daudet (2.500 fr.). — Demarle (850 fr.). — Dieulafoy (2.000 fr.). — Dreyfous (1.400 fr.). — Gaucher (1.800 fr.). — Godard (1.000 fr.). — Guillaumet (1.500 fr.). — Guinchard (8.000 fr.). — Guzman (un titre de rente de 2.500 fr.). — T. Herpin (3.000 fr.). — Itard (2.400 fr.). — Laborie (8.000 francs). — Laval (1.200 fr.). — Liard (5.000 fr.). — Lorquet (300 fr.). — Magitot (1.000 fr.). — Magnan (3.500 fr.). — Merzbach (7.800 fr.). — Meynot (3.000 fr.). — Morin (3.000 fr.). — Nativelle (1.100 fr.). — Orfila (3.000 fr.). — Oulmont (1.000 fr.). — Pannetier (4.000 fr.). — Péan (5.000 fr.). — Portal (1.500 francs). — Potain (2.400 fr.). — Pourat (1.500 fr.). — Robin (660 fr.). — Sabatier (600 fr.). — Saintour (5.000 francs). — Stauski (1.500 fr.). — Tarnier (4.000 fr.). — Vautrin (1.000 fr.). — Zambaco (600 fr.).

Prix Bruninghaus (10.000 fr.). — Day (deux titres de rente de 3.000 fr.). — Jansen (six parts de 10.000 fr.). — Saint-Lager (1.500 fr.).

Un appel au Corps Médical pour trois enquêtes. — A l'ordre du jour de la réunion nationale des Centres départementaux de Coordination et d'Action des Mouvements familiaux figurent trois enquêtes sur les questions suivantes : Ravitaillement familial ; installation des jeunes ménages ; propagande.

Les médecins sont particulièrement informés des questions familiales qu'ils étudient à tout instant dans les foyers où ils sont appelés. Ils sont à même d'envoyer des documents intéressants avant le 15 février à *Médecine et Famille*, 84, rue de Lille (7e), qui rassemblera toutes les suggestions en vue de cette réunion nationale. Cet appel s'adresse aussi aux étudiants.

Secret médical et natalité. — M. Sansolive, avocat général honoraire à la Cour de Cassation, a traité, au Centre d'Etudes de la Fondation d'Heucqueville, du secret professionnel des médecins et sages-femmes. Ayant rappelé les affaires contemporaines les plus retentissantes de violation du secret médical, il a rappelé que le secret absolu s'imposait à tous ceux qui connaissaient par profession des grossesses cachées ; toute indiscrétion peut provoquer, non seulement un scandale, mais, pour la race, la perte d'une mère et d'un enfant.

Cours

Collège de France. — M. le professeur Leriche reprendra son cours le lundi 19 janvier 1942, à 17 heures, salle P. Sujet du cours : Physiologie pathologique du système artériel.

Leçons sur les maladies du sang, par le Dr P. Chevallier, dimanche 18 janvier, amphithéâtre Laënnec, hôpital Broussais, 11 heures précises.

Sujet : Diagnostic et nomenclature des éléments normaux du sang et de la moelle.

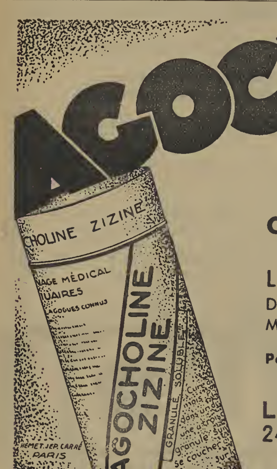
Conférences de l'Ecole Libre des Sciences Médicales. — Ces conférences sont de deux ordres : les unes portent sur des travaux originaux et sont faites par les auteurs eux-mêmes, les autres sont des conférences de synthèse ou de revue générale faisant le point des données acquises par la science médicale.

Les conférences auront lieu aux Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, à 20 heures 30. Le mercredi 21 janvier, M. L.-F. Céline : la médecine standard ; le mercredi 28 janvier, M. Berillon : l'hypnotisme au point de vue médical, pédagogique et psychologique ; M. Laville : la notion du pH.

Les autres conférences se succéderont les 4, 11, 18, 25 février ; 4, 11, 18, 25 mars, à la même heure, siège social de l'Ecole, 39, rue Scheffer (16e).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris



AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)

CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

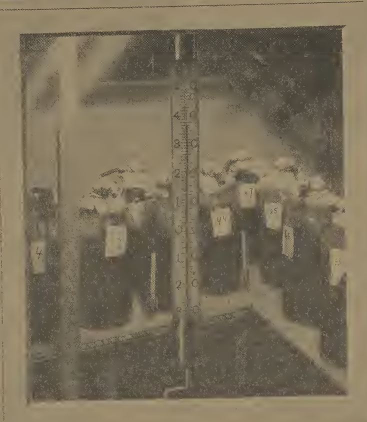
Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

BULGARINE

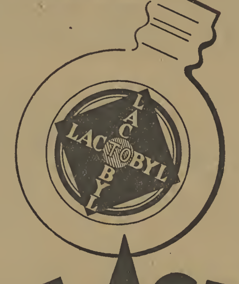


CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL
DE BACILLES BULGARES
GOUTTES
BOUILLON
COMPRIMÉS
POUDRE

THÉPÉNIER

LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER. 10 RUE CLAPEYRON. PARIS

CONSTIPATION



REEDUCATEUR
DE L'INTESTIN
AUCUNE ACCOUTUMANCE
LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES — PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)

DOSES
ET MODE D'EMPLOI
1 à 6 comprimés par jour
aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés

LACTOBYL

EUPHORYL
Cachets · Dragées · Intraveineux · Intramusculaire
Dermatoses
— Prurits —
Anaphylaxies
Intoxications
Cas moyens : *3 Cachets par Jour*
Cas aigus : *3 Injections intraveineuses par semaine*



SALICYLATE
SURACTIVÉ "ANA"
Affections Rhumatismales
Algies - Infections
Troubles Hépatiques
Solution { ½ cuil. à café mesure ou 70 gouttes } = 1 gr.
Dragées Glutinisées : (dosées à 0 gr. 50) 2 dragées = 1 gr.
Intraveineux : 10 cc. = 1 gr.

EUPHORYL
INFANTILE
(Granulé soluble)
Troubles Hépato-digestifs
de l'Enfance
Dermatoses - Anaphylaxies
1 Cuillerée à Café par Année d'Age



HIRUDINASE
(Dragées)
Affections veineuses
Infections Vasculaires
(Prophylaxie et Traitement)
Troubles menstruels
Aménorrhées · Dysménorrhées
4 à 6 Dragées par Jour
(10 jours avant la date des règles)

LABORATOIRES "ANA" ANA 18, avenue Daumesnil, PARIS (12e)

Nos 5-6. — 21-24 JANVIER 1942 115e ANNEE Ces deux numéros groupés : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies................Un an. 75 fr.
Etudiants....... .... « 40 fr.
Etranger. — 1re zone : 110 fr. ; 2e zone : 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT (oral). — Séance du 14 janvier 1942.

Questions données : Symptômes et traitement de la maladie bronzée d'Addison. — Symptômes, diagnostic et traitement des fractures fermées de la rotule.

Notes : MM. Maillard, 16 ; Lemoine, 10 ; Pestel, 25 ; Mlle Manghal, 18 ; MM. Ramadier, 14 ; Gougerot, 20 ; Mlle Loudenot, 14 ; M. Mouzon, 14 ; Mme Pujol, 16.

PRIX DE L'INTERNAT EN MÉDECINE (*section de chirurgie*). — Composition écrite :

Questions sorties. : Nerf récurrent gauche. — Cancer du corps thyroïde sans l'anatomie pathologique.

Questions restées dans l'urne : Configuration extérieure et rapports de la vésicule biliaire. — Iléus biliaire. — Ligaments de l'articulation du genou. — Lésions traumatiques des ménisques du genou.

Candidat : M. Debelut ; mémoire, sur 20 points : 18 ; composition écrite anonyme, sur 30 points : 25 ; consultation écrite anonyme, sur 20 points : 17. Total : 60 points.

1er prix : Médaille d'or, M. Debelut.

PRIX DE L'INTERNAT EN MÉDECINE (*section de médecine*). — Epreuve écrite :

Questions données : Physiologie de la vitamine C. — Maladies de Hogdkin : Formes cliniques, diagnostic et traitement.

Questions restées dans l'urne : Régulation de la glycémie en dehors des états pathologiques. — Néphrite par le sublimé. — Physiologie du cortex surrénal. — Diabète insipide.

Candidats. — M. Milliez, mémoire : 18; composition écrite : 22; consultation écrite : 20. Total : 60.

M. Mozziconacci, mémoire : 17 ; composition écrite : 23 ; consultation écrite : 20. Total : 60.

M. Brissaud, mémoire : 16 ; composition écrite : 23 ; consultation écrite : 19. Total : 58.

Une épreuve supplémentaire aura lieu pour départager les candidats.

PRIX FILLOUX. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement, en 1942, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1942, le concours sera ouvert le lundi 16 mars 1942. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration Centrale (Service de Santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze heures à dix-sept heures, du 19 au 28 janvier 1942 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mercredi 28 janvier dernier délai. Le mémoire devra être manuscrit et inédit.

Faculté de Médecine de Paris. — EXAMENS DE FIN D'ANNÉE. — Les étudiants sont informés que la consignation en vue de l'examen de fin d'année doit effectivement être prise au moins cinq jours avant la date fixée pour la première épreuve.

Les étudiants qui ne seraient pas en règle au point de cette formalité s'exposeront à perdre le bénéfice de la session.

DIGITALINE NATIVELLE
AGIT PLUS SÛREMENT QUE TOUTES LES AUTRES PRÉPARATIONS DE DIGITALE
LABORATOIRE NATIVELLE — 27, Rue de la Procession, PARIS 15

Par arrêté, en date du 13 janvier 1942, M. Mathieu, professeur titulaire de la chaire de clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris est nommé, à compter du 1er janvier 1942, professeur de clinique de chirurgie orthopédique (chaire transformée).

(*J. O.*, 15 janvier 1942.)

Clinicat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinique des Maladies infectieuses : Mlle Lotte, MM. Domard et Morin.

Clinique cardiologique : MM. Chevalier et Guillemin.

Clinique médicale, Bichat : MM. Welti et Robert.

Clinique médicale Saint-Antoine : M. Dos Ghali (à titre étranger).

Clinique chirurgicale infantile, Enfants-Malades : MM. Le Cœur et Rougier.

Clinique obstétricale, Tarnier : MM. Guny et Robey.

Clinique médicale propédeutique : MM. Bellin et Imbona.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — La 36e série d'études pour la préparation au *diplôme de médecin colonial* et à l'examen *de médecin breveté de la marine marchande* (novembre-décembre 1941), a été suivie par dix-neuf auditeurs, dont trois avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'expansion chimique Spécia.

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux : MM. Abbadie, Bannel, Broustra-Cardepont, Bosq, Chauvin, Conte, Dupuy, Hittau-Capdegelle, Kebir, Lacadée, Mlles Larralde, Leguay, MM. Muret, Niervèze, Pascal, Pelletier, Perromat, Schapira.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins brevetés de la marine marchande : MM. Bosredon (Jean), Bosredon (Pierre), Broustra (Robert), Cazaugade (Jean), Moreau (Jean), Muret (Pierre), Nancy (Adrien), Vedrenne (Jean), Perromat (Jean).

La 37e série d'études aura lieu du 3 novembre au 23 décembre 1942.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Concours d'inspecteur adjoint de la santé. — La date de clôture des inscriptions pour le concours d'inspecteur adjoint de la santé, fixée au 15 janvier 1942, est reportée au 25 janvier 1942.

Etablissements nationaux de bienfaisance. — M. le Dr Claisse est nommé médecin adjoint à l'institution nationale des jeunes aveugles, à dater du 1er décembre 1941.

Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. — Décret n° 76, du 10 janvier 1942 nommant les membres du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins :

Art. 1er. — Sont nommés membres du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins, MM. les Docteurs :

Barthe (R.-P.), médecin de l'usine de la Société E. C. F. M., à Gennevilliers (Seine).

Durand (P.-M.), de Courville (Eure-et-Loir).

Lemierre (André), professeur à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris, président du Conseil départemental de l'Ordre de la Seine.

Vincent (Armand), médecin à Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise).

(*J. O.*, 12-13 janvier 1942.)

— Nous rappelons que les membres sortants étaient MM. Boudet, Grenet, Roux-Berger et Hollier.

Médaille d'honneur des épidémies (Algérie). — *Médaille de vermeil à titre posthume :* M. Moisson (Charles), médecin de colonisation à Bedeau (décédé du typhus dans l'exercice de ses fonctions).

Médaille d'argent : MM. les Médecins de colonisation Methlin, à Sidi-Aïssa ; Dornier, à Marnia ; Chiarini, à Morsott.

Médaille de bronze : M. Beikhodja Hadj Mohamed Rachid, médecin communal à Sidi-Bel-Abbès. (*J. O.*, 15 janvier 1942.)

Médaille d'honneur du Service de Santé. — *Médaille de bronze :* M. Michaud (J.-V.-P.), médecin-lieutenant de réserve à la 14e division militaire.

Pour une croisade antialcoolique. — Le Dr Paul Perrin, secrétaire de la section antialcoolique de l'Office d'Hygiène Sociale de la Loire-Inférieure (14 bis, *rue d'Alger à Nantes*), adresse à tous les confrères la demande de participer à un plébiscite en répondant aux quatre questions suivantes :

1° Les ravages de l'alcoolisme constituent-ils une menace proche pour l'avenir de la race tout entière ?

2° La consommation *exagérée* de boissons fermentées, vin en tête, est-elle responsable *du plus grand nombre* des cas d'intoxication ?

3° Est exagérée la consommation quotidienne de plus d'un litre de vin pour les travailleurs adultes, de plus d'un demi-litre pour les femmes et les adolescents ?

4° Le privilège des bouilleurs de cru n'est-il pas, surtout dans les pays à cidre, un très grave danger pour la race ?

Pour la préparation d'un ouvrage destiné au grand public, le Dr Perrin demande, en outre, aux confrères de leur exposer leurs idées personnelles sur la question. Les communications seront citées, sauf désir d'anonymat exprimé par les confrères.

Cours

Clinique médicale infantile. — Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres (Paris). — M. Maurice Lamy, médecin des hôpitaux, fera à la Clinique Médicale des Enfants (amphithéâtre de la Policlinique), le samedi à 11 heures, une série de six leçons consacrées aux *Applications de la génétique à la médecine des enfants.*

Les leçons seront illustrées par des projections et des présentations de malades et d'enfants jumeaux. La première leçon aura lieu le samedi 24 janvier.

Naissance

Le Dr Léon Kreisler, interne des hôpitaux de Paris, et Mme Kreisler, née Madeleine Boisson, font part de la naissance de leur fils, Alain.

Nécrologie

Nous apprenons avec peine le décès survenu à Mandelieu, le 28 décembre 1941, de notre collègue et ami Henry Fresson, ancien interne des hôpitaux de Paris (1897), membre de l'Académie de Chirurgie.

Fresson avait succédé à un ancien interne de Paris, Ed. Blanc, chirurgien à Shanghaï. Pendant de longues années, Fresson a occupé une place de premier plan en Extrême-Orient. On n'a pas oublié que le gouvernement japonais, lors de la guerre russo-japonaise, fit appel à son concours pour l'organisation de services chirurgicaux.

Depuis quelques années Fresson était rentré en France. Il s'était retiré dans sa propriété de Mandelieu où il vient de mourir. C'était un grand chirurgien, un homme d'action, au caractère loyal, et un excellent collègue qui ne laisse que des regrets.

— Le Dr Louis Guibert, médecin-légiste, à Paris.

1° Fonds de LABORATOIRE " Joulié "
D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES
à Paris, 60, rue Miromesnil
2° Marque produit pharmaceutique " Cytosal "
Mises à prix : 5.000 et 25.000 francs
Pour 1er lot à repr. en sus mob. et matér. : 21.015 francs
Consignation : 10.000 francs par lot
Adj. Et. Drouant, not., 11, r. de Rome, le 12 février, à 14 h.
S'adresser au notaire et sur place pour visiter. 2087

ANTISEPSIE RESPIRATOIRE
MYRTINE BÉRAL
contre la
MUCOPURULENCE BRONCHO-PULMONAIRE
AMPOULES (injection hypodermique ou musculaire) 1 à 4 cc. par jour
GOUTTES (per os ou en lavement) X à XL par jour
SUPPOSITOIRES (adultes et enfants) 1 à 2 par jour

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE


DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR



402 M.

Alu-tri (paraaminophénylsulfamidopyridine)

ADMIS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Guérison de la BLENNORRAGIE en 3 jours par voie buccale — Excellente tolérance.

AUTRES INDICATIONS : Pneumonie — Méningite cérébro-spinale — Fièvre Puerpérale — Streptococcies.

APPLICATIONS EXTERNES - Traitement des Plaies - Dermatoses - Pyodermites - Ulcères

POSOLOGIE

Comprimés: 6 à 8 comprimés par jour, un comprimé toutes les heures.
Ampoules : 1 à 3 ampoules intramusculaires par jour.
Poudre — Pommade — Solution Hydro-Alcoolique.

Littérature **É^ts MOUNEYRAT, 12, r. du Chemin-Vert, Villeneuve-la-Garenne (Seine)**



MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ASCARIS		
CHRYSÉMINE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Pyréthrines de la fleur de Pyrèthre*	Oxyures - Ascaris Tous parasites intestinaux
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo* *Poudre de Belladone* *Evonymine brune, Agar-Agar* *1 à 2 comprimés 1/2 heure avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
Insuffisances cardio-rénales		
ADOVERNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Glucosides de l'Adonis Vernalis* Gouttes : 20 à 40 p. j. Gran. : 2 à 4. Supp. : 1 p. j.	Insuffisances cardio-rénales
SYMPTOMES NERVEUX		
SÉDOBROL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	Na Br *dissimulé* *bouillon savoureux* *Tablettes* 1 à 4 p. j. et plus	Tous symptômes nerveux même chez les enfants

Copyright VS-3-1942



VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS
LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL
DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

PARALYSIE DU CRURAL ET APPENDICITE

par J. Dereux
Professeur suppléant à la Faculté libre de Lille
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Les paralysies du nerf crural sont rarement observées tant en pratique civile qu'en pratique militaire. Qu'elles relèvent de tumeurs à point de départ osseux ou viscéral ou d'abcès du bassin, ou d'infections voisines, la gaine du psoas met pendant longtemps une barrière à l'atteinte du nerf. Rarement aussi il s'agit de paralysies traumatiques car le nerf crural dont le trajet est très court, est un des mieux protégés de l'organisme et son atteinte nécessite des délabrements organiques souvent mortels.

Aussi avons-nous cru utile de rapporter deux cas de paralysie du nerf crural droit dont l'étiologie est très particulière : l'inflammation de l'appendice voisin.

Observ. I. — C. L..., 22 ans, dont les divers antécédents n'offrent aucun intérêt, a été opéré pour une crise d'appendicite le 29 novembre 1939, à Saint-Omer : voici les renseignements aimablement fournis à son sujet par le Service de Chirurgie de l'Hôpital Ribot :

« Appendicite aiguë,

« Appendice adhérent au fond de la fosse iliaque,

« Cure radicale sous anesthésie générale. »

Signalons tout de suite qu'il a été traité, assez longtemps après l'intervention et pendant quinze jours environ, dans le service de M. le Médecin Commandant Dubus pour les phénomènes suivants : « Atonie gastrique sans lésions organiques. Colite avec spasmes du colon descendant et selles muqueuses. Réaction douloureuse de la fosse iliaque droite. Amélioré par la cure belladonée. »

Mais déjà les troubles moteurs existaient ; en effet, quinze jours après l'intervention, le 5 décembre 1939, au premier lever et alors qu'étant couché il ne s'était aperçu de rien, le malade a constaté que son membre inférieur droit se dérobait à la marche, depuis lors (mars 1940) son état ne s'est pas modifié (1).

Le malade se présente à nous appuyé sur le membre inférieur gauche et nous sommes frappés immédiatement par une atrophie manifeste du quadriceps droit. A quatorze centimètres de la base de la rotule, on note que la circonférence de la cuisse droite a deux centimètres et demi de moins que la gauche. A quatorze centimètres au-dessous de la pointe de la rotule, on note que le mollet droit a également un centimètre de moins que le gauche.

En terrain plat, le malade est peu gêné, boîte légèrement mais ne steppe pas ; en revanche, la marche rapide lui est très difficile, la course lui est impossible et il a les plus grandes peines à monter un escalier. Il lui est aussi très difficile de s'accroupir et dans cette position il reporte tout le poids du corps sur le membre opposé.

Les muscles de la partie antérieure de la jambe, *jambier antérieur*, extenseur commun des orteils et les muscles postérieurs fonctionnent normalement : le malade peut se tenir sur la pointe du pied aussi bien à droite qu'à gauche.

La flexion de la cuisse sur le bassin est très difficile ; par contre, son extension est presque normale. L'extension de la jambe sur la cuisse est impossible, quant à sa flexion elle est légèrement limitée.

Pour ce qui est des mouvements du bassin, l'adduction est très diminuée, mais l'abduction beaucoup meilleure ; la contraction des muscles fessiers est normale.

Si le malade est couché comme pour la recherche de la flexion combinée de la cuisse et du tronc, il n'arrive pas à s'asseoir spontanément, quoique les grands droits se contractent parfaitement et quand, étant assis, il veut s'allonger, il retombe très lourdement en arrière.

Les réflexes achilléens sont normaux et égaux.

Le rotulien est normal à gauche, aboli à droite.

Il n'y a aucun autre trouble des réflexes : les cutanés plantaires sont normaux, les crémastériens et les cutanés abdominaux normaux et égaux.

On ne note aucune modification de la sensibilité, tant subjective qu'objective, superficielle ou profonde. Il n'y a pas non plus de troubles sphinctériens. Le toucher rectal et la palpation des fosses iliaques sont négatifs.

Les pupilles sont normales et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation-convergence, il n'existe pas de plaque de leucoplasie buccale ; d'ailleurs les réactions sérologiques sanguines sont négatives (Hecht, Meinicke, Kahn).

La ponction lombaire n'a pas révélé de barrage à la manœuvre de Queckenstedt-Stookey. Mais le liquide se révèle anormal à l'analyse :

Cytologie : 9 lymphocytes par mm3 ;
Albumine : 0,62 ;
B. W. : négatif ;
Benjoin : 00000 - 02200 - 000,0.0.

Une radiographie de la colonne lombo-sacrée n'a montré aucune lésion osseuse ou articulaire. Par ailleurs, l'état général est parfait ; tous les autres appareils sont normaux mais le malade présente une ichtyose généralisée. Il n'y a pas de signes d'insuffisance thyroïdienne.

T. A. : 13-6,5.

Un examen électrique, pratiqué par le médecin capitaine Lemaître, le 3 mars 1940, a donné les résultats suivants : « L'étude du nerf crural et des muscles quadriceps (droit antérieur vaste interne, vaste externe) couturier, pectiné, des adducteurs ainsi que des muscles postérieurs de la cuisse n'a révélé :

1° Aucune modification quantitative au faradique ;

2° Aucune modification quantitative ni qualitative au galvanique.

Pas de lenteur de la secousse.

Pas d'inversion de la formule. »

Un autre examen électrique, par le même spécialiste, en date du 15 mars 1940, a fourni les renseignements ci-dessous :

« L'examen électrique des muscles innervés par le crural et le sciatique a été pratiqué par les deux modes : exploration faradique et exploration galvanique.

L'étude des réactions électriques ne révèle pas de signes de réaction de dégénérescence.

1° On note une légère hypoexcitabilité au faradique et tous les muscles, spécialement du quadriceps, des muscles extenseurs propres du gros orteil, extenseur commun des orteils, des péroniers latéraux ;

2° Une hypoexcitabilité au galvanique de tous les muscles spécialement des péroniers latéraux.

Cette hypoexcitabilité est bilatérale et paraît attribuable à l'état de la peau (ichtyose) s'opposant à une conductibilité satisfaisante des zones explorées.

On ne note pas de lenteur de la secousse, pas de modifications de la formule. »

En résumé, il s'agit d'une paralysie du nerf crural droit survenue après une appendicectomie et s'étant révélée dans les quinze jours qui ont suivi l'intervention.

L'étiologie de cette paralysie isolée du crural, qui ne s'accompagne d'aucun trouble sensitif, ne nous paraît pas pouvoir être trouvée parmi les causes classiquement reconnues aux atteintes de ce nerf. Notre malade n'a subi aucun traumatisme, il n'a présenté ni maladies infectieuses antérieures, ni intoxications et chez cet homme, jeune d'ailleurs, on ne trouve pas trace de tumeur ou d'abcès lombo-pelvien. Il semble donc bien qu'il faille rechercher s'il peut y avoir une relation entre l'appendicite et la paralysie du crural du même côté.

Sans doute, la première hypothèse qui vient à l'esprit est celle d'une simple coïncidence : fréquentes, en effet, sont les crises d'appendicite et exceptionnelles sont les paralysies du crural. Mais, comme nous ne trouvons aucune cause toxique ou infectieuse qui puisse expliquer la paralysie chez notre malade, force est de se demander s'il n'y a pas eu effectivement rapport de cause à effet entre les accidents appendiculaires et cette paralysie du crural du même côté.

Nous sommes ainsi amené à considérer les rapports de cette paralysie avec l'appendicectomie d'une part et avec la crise d'appendicite d'autre part.

I. — Avec l'appendicectomie.

Ils ne sont vraisemblablement pas à retenir : le nerf crural est, nous l'avons déjà dit, un nerf bien protégé et il est peu concevable qu'il soit sectionné ou contus au cours d'une intervention, même s'il s'agit d'un appendice rétrocœcal. Au surplus, il y a dans notre observation un élément très important qui emporte la conviction. C'est l'existence d'une réaction méningée : elle indique un processus central beaucoup plus haut situé et permet d'éliminer à coup sûr l'atteinte directe du nerf au cours de l'intervention.

(1) Nous avons fait la présentation de ce malade avec notre assistant Lugez à la réunion médico-chirurgicale du Touquet (mars 1940).

Et si nous évoquons une hypothèse aussi peu vraisemblable, c'est que nous avons été amené à examiner un malade qui s'est réveillé, nous a-t-il dit, après une appendicectomie avec une paralysie complète du crural.

Nous savons aussi que ce malade a tendance à incriminer l'intervention et le chirurgien qui l'a pratiquée comme étant responsables de cette paralysie. Aucun chirurgien, pensons-nous, ne soutiendra qu'une telle relation directe soit possible, et, pour notre part, nous croyons qu'il s'agit là d'une revendication qui appartient plus au domaine psychiatrique qu'à celui du bon sens.

Observ. II. — Seg... L., 34 ans, marié, pas d'enfants, aucun antécédent pathologique.

Opéré d'urgence le 24 avril 1937 pour une crise d'appendicite.

Après l'intervention, ressent de vives douleurs dans la région crurale droite et ne peut plus remuer la cuisse, ni la jambe. Pas de signes généraux, pas de fièvre.

Examen (27 août 1937). Troubles globaux de la motricité à la cuisse et à la jambe droite.

Abolition des réflexes achilléen et rotulien à droite.

Troubles sensitifs objectifs sous forme d'une hypoesthésie aux divers modes de recherche de la sensibilité superficielle dans le domaine de L2, L3 et un peu de L4 (face antérieure de la cuisse et face antéro-interne de la jambe). L'analyse du liquide céphalo-rachidien ne révèle aucune anomalie.

Aucun autre trouble ni d'ordre neurologique ni d'ordre général.

Il s'agit donc d'une paralysie totale du membre inférieur droit, et non pas seulement du crural, apparue après une appendicectomie pour appendicite dans les jours qui ont suivi l'intervention.

II. — Dans les rapports de la paralysie avec la crise d'appendicite elle-même deux mécanismes peuvent être envisagés : celui d'une compression et celui d'une toxi-infection.

a) L'hypothèse de la compression n'est pas à retenir dans notre cas : ce malade a été opéré quelques heures après le début de sa crise, alors qu'il n'y avait ni abcès ni plastron appendiculaire. Au surplus, ce que nous avons dit plus haut au sujet de la réaction méningée s'applique aussi à cette notion de compression et permet d'éliminer son existence ;

b) Par contre, l'hypothèse de l'infection soit généralisée, soit de voisinage, nous semble beaucoup plus séduisante. Elle permet d'expliquer de façon beaucoup plus satisfaisante la névrite du crural pour laquelle nous cherchons vainement une cause chez notre malade.

Nous sommes d'autant plus fondé à croire cette étiologie certaine que nos deux cas, pour exceptionnels qu'ils soient, en sont pas les seuls.

C'est à Raymond et Guillain que revient le mérite d'avoir attiré les premiers l'attention sur cette sorte de paralysie. Ces auteurs ont rapporté sous le titre *La névrite ascendante consécutive à l'appendicite* l'observation suivante que nous résumons à grands traits :

Il s'agit d'un homme opéré par Legueu, en 1904. La première crise d'appendicite avait éclaté en mai 1903, suivie huit ou dix jours après de douleurs dans la cuisse droite dans le domaine du nerf crural ; en septembre de la même année, une deuxième crise était survenue, compliquée de douleurs dans la région du sciatique ; en février 1904, troisième crise avec douleurs dans le mollet droit et dans le pied. Petit à petit, le malade remarque qu'il a une certaine difficulté à soulever le membre inférieur droit et qu'il boîte. En août 1904 éclate une quatrième crise s'accompagnant de douleurs dans le territoire des nerfs crural et sciatique droits et de douleurs dans le territoire du sciatique gauche. L'opération a lieu le 19 septembre 1904. L'appendice est en position rétrocœcale ; des adhérences péri-appendiculaires nombreuses rendent sa libération très difficile ; il n'y a pas de suppuration locale. Le malade présente une paralysie du membre inférieur droit, complète et totale, et partielle du membre inférieur gauche. Cette paralysie est flasque avec atrophie considérable du membre inférieur droit et abolition des réflexes tendineux et cutanés. Ceux-ci sont très faibles à gauche. Raymond et Guillain concluent, de cette étude, qu'il s'agit d'une névrite ascendante d'origine appendiculaire, névrite dont les étapes successives ont atteint d'abord le nerf crural droit, puis le plexus sacré de ce côté, enfin le plexus sacré gauche (1).

Depuis la description du cas de Raymond et Guillain, les observations de névrite appendiculaire ne sont pas nombreuses. Et il ne semble pas que se soit réalisée la prédiction de Gilbert Ballet qui disait en 1908 : « Il est vraisemblable, maintenant que l'attention est appelée sur ces cas de névrite appendiculaire, qu'on aura l'occasion d'en signaler assez souvent. » (2)

Nous ne connaissons que les cas de Marcou (3), le 5 septembre 1905 (il s'agit d'une névrite cubitale) ; de Courtellemont en 1908 (4) ; de Gilbert Ballet (5), la même année (cas non étudié complètement et non publié).

Puis il faut attendre l'année 1913 pour voir relatés des cas d'appendicite avec signes d'atteinte nerveuse concommitante. Cette année et les suivantes c'est sur le sciatique que l'attention est attirée. Les auteurs insistent principalement sur le fait que certaines appendicites s'accompagnant de douleurs dans le territoire du sciatique peuvent faire errer longtemps le diagnostic (6).

Sans entrer dans une étude minutieuse et complète de tous ces cas, remarquons que presque tous ils concernent l'atteinte des nerfs et plexus du membre inférieur, surtout du membre inférieur droit, où les signes prédominent toujours, quand ils sont bilatéraux.

Il s'agit de monoplégie ou de paraplégie flasque avec atrophie et abolition des réflexes tendineux sans trouble des sphincters, bref de syndromes des nerfs de la queue de cheval. Si l'on ajoute que dans notre cas (dans les autres observations on ne relate pas les résultats de la ponction lombaire) l'analyse du liquide céphalo-rachidien révèle une réaction méningée certaine, on se rend compte que ces « névrites » appendiculaires sont parfois sous la dépendance d'un processus haut situé et qu'il doit s'agir pour certaines d'entre elles de radiculite en relation avec une infection appendiculaire (7).

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur ces faits. Et à la conclusion de Raymond et Guillain disant que leur cas réalise « une modalité clinique d'une complication non encore décrite de l'appendicite ou de la péri-appendicite », nous ajouterons que devant toute paralysie du crural et même devant certains syndromes de la queue de cheval d'origine indéterminée qui ne font pas leur preuve, il faudra penser à l'existence d'une appendicite comme cause possible des accidents neurologiques.

---

(1) F. Raymond et G. Guillain. La névrite ascendante consécutive à l'appendicite. *Semaine Médicale*, 22 février 1905, n° 8, p. 85.

(2) Gilbert Ballet. Discussion de la communication de Courtellemont.

(3) Marcou. La névrite appendiculaire. *Arch. Générales de Médecine*, 1905, tome II, p. 2251.

(4) V. Courtellemont. Névrite appendiculaire. *Soc. Neurol. Paris*, 5 nov. 1908, in *Rev. Neurol.*, 1908, tome II, p. 1223.

(5) Gilbert Ballet. Discussion qui suit la communication de V. Courtellemont. *Soc. Neurol. Paris*, 5 nov. 1908.

Il n'y a pas de nouveaux cas dans les thèses de Solirène (mai 1906) et Mousetti (juillet 1906).

(6) Ed. Enriquez et R.-A. Gutman. Le sciatique appendiculaire (appendicite claudicante). *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 27 juin 1913, pp. 1238-1245.

B.-M. Randolph. Sciatique comme symptôme d'appendicite. *Journal of the American Medical Association*, 13 février 1915, p. 579 (analyse in *Rev. Neurol.*, 1915).

Edouard Antoine. Un cas de sciatique appendiculaire. *Gaz. des Hôp.*, 1er mars 1921, n° 18, p. 280.

Enfin, signalons une observation que nous n'avons pas pu consulter. A.-F. Landivar et C.-A. Leoni Iparraguirre. Névritis del crural y appendicitis. *Arch. Argent. de Neurol.*, déc. 1932, pp. 280-286.

(7) M. Chartier. Méningite localisée post-appendiculaire avec compression des racines lombo-sacrées. Guérison par la radiothérapie. *L'Encéphale*, 10 janvier 1913, n° 1, pp. 44-50.



PAR LES

PASTILLES
DE
GONACRINE

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES
stomatites
pharyngites
angines
amygdalites

INFECTIONS À PORTE D'ENTRÉE
BUCCO-PHARYNGÉE

POSOLOGIE
1 a 2 pastilles par heure
Dose maxima pour un adulte
20 pastilles par 24 heures

PRÉSENTATION
Boite de 40 pastilles dosées à 0gr003 de Gonacrine

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

IPECOPAN

PRINCIPES ACTIFS DE L'IPÉCACUANHA ET DE L'OPIUM, SOUS FORME DE SELS ALCALOÏDIQUES PURS, EN PROPORTION CONSTANTE

Sédatif efficace des toux de toutes natures — Expectorant

SANS INCONVÉNIENT CHEZ L'ENFANT ET LE VIEILLARD

DEUX PRÉSENTATIONS : GOUTTES ET SIROP

N'est pas au tableau B

PRODUITS SANDOZ - 20, rue Vernier, PARIS (17e) — B. JOYEUX, Docteur en pharmacie

L'échec fréquent des innovations en thérapeutique pulmonaire met brillamment en relief le succès ininterrompu du

SIROP FAMEL

AU LACTO-CRÉOSOTE SOLUBLE

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Echantillons gratuits au Corps Médical, sur demande signée, exclusivement

LABORATOIRE FAMEL, 16-22, RUE DES ORTEAUX, PARIS-20e

Analgésique de prescription essentiellement médicale

Comprimés de Véganine

Véganine

PRÉSENTATION. Comprimés se désagrégeant immédiatement par un procédé nouveau de fabrication.

COMPOSITION. Phosphate de codéine, Acide acétylsalicylique, Phénacétine.

INDICATIONS. Grippe, maladies par refroidissements, névralgies, migraines, douleurs rhumatismales, angine, otite aiguë, affections diverses du cavum et abcès des amygdales, endométrites, pelvipéritonites, salpingites, ovarites, cancers douloureux, dysménorrhée, suites de couches, douleurs post-opératoires, périostites, pulpites, stomatites douloureuses, et névralgies du trijumeau.

POSOLOGIE. 1 à 6 comprimés par 24 heures, à prendre de préférence avec un peu d'eau, de café ou de thé.

LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. Guéroult, Dr en Pharmacie, SURESNES (Seine)

ACTUALITÉS

CHLORATE DE POTASSE ET POLIOMYÉLITE

Par R. Levent

C'est en 1936-1937, qu'un médecin suisse, Contat (d'Avenches), préconisa le chlorate de potasse comme adjuvant du sérum de Pettit dans la poliomyélite épidémique à son début. Une incertitude diagnostique chez un enfant de 16 mois fit croire à l'association de tétanie avec une angine fébrile banale et fit prescrire comme traitement de l'angine le chlorate de potasse à l'intérieur. La fièvre tomba en quelques heures et l'apparition des paralysies fit reconnaître la poliomyélite que Contat traita par le sérum de Pettit ; mais il crut pouvoir attribuer au chlorate l'évolution particulièrement favorable. Dans une épidémie de 17 cas, frappant des enfants de 2 mois à 14 ans, il prescrivit le chlorate *per os*, en même temps qu'il injecta du sérum ; la plupart des malades guérirent sans paralysies ou après des paralysies sans durée, dans des conditions qui parurent témoigner de l'activité du chlorate. Contat l'employa alors comme préventif dans l'entourage des malades et crut pouvoir lui attribuer l'immunité des familles traitées. La même épidémie (115 cas) donnait, au contraire, avec le traitement classique le taux habituel de 20 % de mortalité.

Contat poursuivit alors ses essais avec le chlorate seul, sans sérum ni autre médicament. Là, encore, la température tomba dans un délai de 18 à 72 heures et sans rechute lorsque le traitement n'était pas arrêté trop tôt ; les autres troubles disparaissaient rapidement aussi. La plupart des cas étaient traités, dès avant les paralysies ; quelques-uns à leur apparition ; la plupart guérirent sans séquelles ; deux sujets présentèrent des paralysies qui n'avaient reçu que des doses insuffisantes.

A la vérité, dès 1856, Isambert avait étudié le chlorate et sa toxicité. On savait son absorption et son élimination rapides. 20 grammes avaient été bien tolérés ; il s'éliminait par la salive, le mucus nasal, les larmes, la sueur, la bile, le lait, les urines. Mais l'intégrité rénale est nécessaire sous peine de blocage rénal et de méthémoglobinémie. La tolérance est d'autant meilleure que le médicament est donné à doses fractionnées et ne s'accumule pas.

Contat avait tenu compte de ces particularités d'un médicament demeuré en pratique un topique pharyngé. L'efficacité du chlorate par voie digestive commande une dose de huit à dix centigrammes par kilogramme de poids et par 24 heures, que l'on peut dans les cas extrêmes augmenter, sans accident, de moitié. La dose des 24 heures est répartie en douze prises ingérées à deux heures d'intervalle de nuit comme de jour. Tolérance et action sont alors optimum. Kolk a proposé, en cas d'urgence, de rapprocher les prises : toutes les heures, pendant 6 à 8 heures, et d'y ajouter quatre instillations nasales de v gouttes par 24 heures (solution à 1/20e). Ce traitement doit être continué 48 heures à 5 jours après retour à la normale de la température ou jusqu'à disparition des paralysies pour parer aux rechutes. La fièvre tombe, en général, rapidement en même temps que disparaissent tremblement et algies.

Le traitement préventif ne comporte que les deux tiers de la dose curative mais dans les mêmes conditions de fractionnement des doses ; on y ajoutera des instillations nasales avec une solution chloratée à 20 %. Les gargarismes sont inefficaces et inutiles.

Une telle méthode est aisée à appliquer et les succès publiés ont retenu l'attention et suscité la critique. On a fait, non sans raison, valoir que les premiers résultats ne portent que sur peu de cas ; que le diagnostic de poliomyélite avant les paralysies est toujours incertain ; que l'efficacité d'un traitement est longtemps sujette à caution ; qu'on ne peut juger d'une méthode préventive par rapport à des indispositions concomitantes mais de nature mal déterminée ; que, dans le cas de la poliomyélite, il s'établit en cours d'épidémie un état réfractaire spontané qui n'est pas négligeable ; qu'enfin, les observations publiées étaient peu explicites quant aux réactions méningées (Taillens). Pour d'autres cliniciens, au contraire, les observations de Contat comportaient préjugé favorable.

Divers travaux expérimentaux et cliniques se sont, depuis 1937, efforcés de réunir les éléments d'un jugement définitif.

Contat a cherché, avec Spycher, une confirmation biologique de sa méthode ; pour ces auteurs, le séjour assez prolongé du virus poliomyélitique en présence du chlorate neutralise le virus (action antiseptique ou action empêchante due à l'oxydation selon les auteurs). Le mélange neutralisé serait inoffensif pour l'animal d'expérience.

Spycher en Suisse, Debat en France, ont inoculé, par voie intracérébrale, le macaccus rhesus avec une émulsion de moelle virulente, et obtenu des résultats favorables.

Les témoins sont habituellement atteints de poliomyélite ; les animaux ayant reçu du chlorate dès l'inoculation demeurent habituellement indemnes ; ceux qui le reçoivent dans les 48 heures suivant l'injection de virus présentent des paralysies mais celles-ci, rapidement stabilisées, ne tardent pas à disparaître et la guérison est entière.

Saucier et Stewart (1940) sont moins optimistes quant à leurs expériences sur le M. rhesus. Il est des témoins non traités qui guérissent malgré la virulence certaine de la souche ; il est des animaux traités qui tombent malades, et, parfois même, plus tôt que les témoins. Quels que soient les séries d'expérience et les virus employés, les résultats que leur a donné le chlorate ont été régulièrement décevants et ces auteurs se refusent à une conclusion définitive mais ne cachent pas leur scepticisme aussi bien dans le domaine curatif que dans le domaine de la prévention.

Déjà les résultats cliniques de Rehfeld (1939) avaient conduit cet auteur à formuler de semblables réserves mais avec moins de certitude puisque le sérum avait été employé concurremment avec le chlorate. On devait aussi tenir compte de la tendance naturelle de la maladie aux variations et aux régressions spontanées, ainsi que de l'absence de toute transformation rapide et évidente de l'état clinique après la mise en œuvre du traitement chloraté.

En 1940, Kolk n'a obtenu de résultat que losrque le chlorate était administré à la période préparalytique, mais cet auteur se garde, d'après sa seule statistique, d'affirmer que la proportion des guérisons qu'il a observée diffère de celle de l'ensemble des épidémies, compte tenu des effets du sérum qui lui semble infidèle, tenu aussi des guérisons spontanées qu'il estime nombreuses.

Cet optimisme, pourtant mesuré, semble encore excessif si l'on s'en rapporte aux travaux expérimentaux de Dujarric de la Rivière, Lépine et Kolochine (1941). Tous les singes qu'ils ont traités par la méthode de Contat ont été atteints ; tous sont morts entre le 10e et le 30e jour de l'inoculation, sauf un seul qui garde une paraplégie complète.

La plupart des auteurs, réserve faite sur l'efficacité, s'accordent sur la bonne tolérance vis-à-vis du chlorate. Dujarric de la Rivière est moins formel sur ce point : il a observé chez le singe des intoxications médicamenteuses et constaté des lésions rénales qui lui font exprimer des réserves formelles.

Il semble donc qu'il faille surseoir, au moins jusqu'à plus amples essais et études, aux espoirs prématurément conçus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 20 janvier 1942

La salubrité des locaux d'habitation. — M. Fabre fait voter par l'Académie les conclusions de M. Joannon (séance du 6 janvier).

Notice. — M. Tanon lit une notice nécrologique sur M. Loir, récemment décédé.

Anthropométrie des enfants atteints d'obésité simple. — M. Pierre Nobécourt. — L'obésité simple est celle pour laquelle l'examen clinique ne révèle aucun signe d'une affection endocrinienne ou nerveuse, susceptible de jouer un rôle dans son étiologie et sa pathogénie. L'anthropométrie d'obèses de 6 à 15 ans, garçons et filles m'a conduit aux constatations suivantes :

1° La *taille* est généralement moyenne pour l'âge. Assez souvent, il y a de l'hypertrophie staturale, rarement de l'hypotrophie staturale ;

2° Le *poids* est comparé au poids moyen pour la taille et non pour l'âge. Pour permettre la comparaison d'obèses d'âges différents, on calcule l'excès pondéral pour 100. Chez mes obèses, cet excès est compris, pour les garçons, entre 26,8 et 81,2, pour les filles, entre 22,8 et 61,7. Les obésités fortes et très fortes (excès minimum de 40 p. 100) sont plus fréquentes de 13 à 15 ans que de 6 à 12 ans, surtout chez les filles : les filles de 6 à 12 ans présentent souvent, plus souvent que les garçons, ces obésités légères ou moyennes (excès de 16 à 39 p. 100) ;

3° Le *périmètre thoracique*, a hauteur de l'appendice xyphoïde est également comparé au périmètre moyen conforme à la taille. L'excès pour 100, chez mes malades, est notablement plus fort pour les garçons (15,4 à 38) que pour les filles 1,2 à 10,2) ; il ne présente aucune relation avec l'excès pondéral. Cette constatation précise que le pannicule adipeux, au niveau de la ceinture, est relativement plus épais chez le garçon que chez la fille ;

4° Le *coefficient de Pignet* traduit la corpulence en donnée numérique. La réduction pour 100 sur le coefficient moyen con-

forme à la taille est, chez le garçon, de 60 à 100, chez la fille, de 29,7 à 114.

L'anthropométrie précise l'influence de la sexualité dans les obésités simples des enfants.

Action bactéricide de l'oxyde d'éthylène à l'état gazeux. — MM. Velu, Lepigre et Bellocq attirent l'attention sur l'intérêt capital que peuvent présenter pour la stérilisation et la désinsectisation les propriétés bactéricides de l'oxyde d'éthylène.

Indications de l'angéiothérapie artérielle. — M. J. de Fourmestraux utilise depuis huit ans, de façon courante, la voie artérielle en thérapeutique chirurgicale. En 1914, Paul et Jean Fiolle avaient conseillé son utilisation dans le traitement de la gangrène gazeuse. Depuis, dos Santos, Cunha Lamas, Leriche en précisèrent la technique. J. de Fourmestraux et Maurice Fredet avaient, d'autre part, réuni 110 observations.

Par la voie artérielle peuvent être injectés soit : des sérums antitoxiques, soit des antiseptiques : séro ou chimiothérapie. Si l'angéiothérapie ne constitue pas une panacée universelle, elle peut rendre d'utiles services. Les incidents ne sont à craindre que chez les malades à sensibilité vaso-motrice anormale comme dans la maladie de Raynaud avec des artéro-spasmes sévères. Dans les cas douteux, suivant le conseil de Louis Bazy, il est utile de pratiquer avant, d'intervenir, une intradermo-réaction à l'adrénaline. Chez les sujets très sensibles I ou II gouttes de la solution à 1 pour 1.000 injectées dans le derme produisent une plaque livide plus ou moins étendue et longue à disparaître et qui recommence l'abstention.

Action protectrice de l'Eau de La Bourboule (Sources Choussy-Perrière et Croizat) vis-à-vis du phénomène de Schwarzman. — M. Pierret ouvre une voie nouvelle à l'étude de l'action des eaux minérales sur le comportement des phénomènes biologiques, spécialement dans les intoxications et les syndromes allergiques, en démontrant que certaines eaux arsenicales de La Bourboule, injectées à l'animal, entre les injections préparante et déchaînante du phénomène de Schwarzman, le préservent contre toute réaction hémorragique.

Election du vice-président. — M. Balthazard est élu vice-président pour 1942.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1942

A propos du traitement du cancer du col de l'utérus. — M. Roux-Berger rappelle les règles de l'établissement d'une statistique ; il cite la statistique de l'Institut Curie portant sur 1.360 malades établie récemment ; les résultats sont de 64 % cas I et 29 % cas II pour la curiethérapie intracavitaire seule ; si on y associe la télécuriethérapie 55 % pour les cas I et 49 % pour les cas II. Il semble que les résultats ne sont pas meilleurs lorsqu'on fait suivre le radium de l'hystérectomie.

M. Leclerc a obtenu 59 % de guérison (cas I) par colpo-hystérectomie élargie ; il considère que l'association radio-chirurgicale n'est pas à abandonner mais il met en garde contre les accidents post-opératoires auxquelles est exposée l'hystérectomie post-curiethérapique.

A propos de l'hystérectomie vaginale. — M. J.-L. Faure montre la bénignité de cette opération. Il rappelle l'histoire de cette opération qui tend à disparaître malgré les services qu'elle peut rendre. Il considère qu'elle doit être faite en laissant les pinces à demeure comme le faisait Péan. (Note lue par M. Brocq.)

Volvulus de l'anse ombilicale. — M. Bergouignan. — M. Soupault rapporte cette observation terminée par la guérison bien que l'opération n'ait été pratiquée qu'au troisième jour d'occlusion.

Un cas de lithiase mammaire. — M. Coudray. — M. Wilmoth montre le « calcul » trouvé dans un sein par M. Coudray.

Quelques réflexions sur les anesthésies au cyclopropane. — M. Trenel. — M. Banzet fait remarquer que l'auteur prépare ses malades avec un lavement rectanol.

M. Desmaret montre que de ce fait le cyclopropane n'est qu'un complément d'anesthésie ; dans ces conditions, on s'étonnerait d'avoir des accidents.

M. Sénèque a eu dans un cas une alerte grave avec le cyclopropane.

L'enclouage radioscopique du col du fémur. — M. Ch. Rocher, M. A. Mouchet.

A propos d'un cas mortel d'avortement provoqué. — M. Métivet s'élève contre la mise en place de laminaires dans les fausses-couches provoquées ; il estime qu'il faut faire systématiquement un curetage près prudent.

M. Desmarest rapporte une observation de septicémie à perfringens post-abortum terminée favorablement.

M. Mondor a observé sept cas d'avortement avec perfringens ; le curetage dans trois cas a permis d'obtenir la guérison mais dans ces cas il y avait seulement bactériémie à perfringens ; les cas septicémiques sont toujours mortels.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 22 novembre 1941

Sur l'élévation de l'azote résiduel du sérum chez les sujets atteints d'œdèmes par carence alimentaire. — MM. Guy Laroche, A. Grigaut et S. Trémolières ont trouvé presque constamment une augmentation de l'azote résiduel chez des malades atteints d'œdème par déséquilibre alimentaire, coïncidant habituellement avec l'hyposérinémie classique. Cette élévation de l'azote résiduel semble liée à la dénutrition et a été retrouvée chez des sujets atteints de simple maigreur par hypoalimentation, mais alors sans abaissement du taux des protides et sans œdèmes.

Action pharmacologique de la vitamine A et du carotène sur le système nerveux de l'animal non carencé. — M. Paul Chauchard montre que la vitamine A est, sur l'animal normal, en dehors de toute carence, un excitant des centres nerveux (encéphale et moelle). Le carotène exerce, au contraire, une action dépressive sur ces mêmes centres nerveux.

Déterminisme des variations d'excitabilité nerveuse dans l'avitaminose A. — M. Paul Chauchard et Mme H. Mazoué concluent que l'hyperexcitabilité nerveuse constatée dans l'avitaminose A, siège dans les centres nerveux encéphaliques et médullaires, contrairement à celle de l'avitaminose B_1 qui est purement encéphalique.

Effets de l'anesthésie du corpuscule carotidien sur l'électro-encéphalogramme humain. — MM. Ivan Bertrand, Jean Gosset, Lacape et Mme Godet-Guillain ont étudié les effets sur l'électro-encéphalogramme de l'anesthésie du corpuscule carotidien. effets qu'ils rattachent à l'hypertension cérébrale passagère ainsi provoquée.

Association persistante, quoique réductible, du virus vaccinal et du virus herpétique. Action dissociante de la glycérine. — M. C. Levaditi confirme que, sous l'influence de la glycérine tamponnée et à basse température, l'association du virus vaccinal et de l'ultragerme de l'herpès se dissocie au détriment du neurovaccin, c'est-à-dire au détriment du composant dont l'organotropisme névraxique a été créé de toute pièce et qui est dépourvu d'affinités électives innées pour les neurones.

Variations du pouvoir pathogène cutané du staphylocoque par inoculation dans les tissus en voie d'autolyse. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier ont retrouvé expérimentalement *in vivo* l'augmentation du pouvoir pathogène d'un staphylocoque peu virulent, inoculé en suspension dans un pus tyndallisé, ou dans des tissus broyés, sous la peau du lapin. Cette augmentation du pouvoir pathogène avec les autolysats ne peut pas être réalisée *in vitro*.

Variations du pouvoir pathogène local du staphylocoque sous l'influence de nécroses cutanées par agents biologiques et physiques. — MM. R. Kourilsky et P. Mercier sont parvenus à déterminer une brusque augmentation du pouvoir pathogène du staphylocoque en réalisant localement une nécrose artificielle par brûlure ou par injection *in situ* de toxine staphylococcique puissante.

Dispositif permettant d'effectuer, de l'extérieur, sur un animal placé en caisson à dépression atmosphérique des injections sous-cutanées ou intraveineuses. — M. Beyne.

Election. — M. Grassé est élu membre titulaire.

Séance du 13 décembre 1941

Action de l'inhalation de mélanges riches en oxygène sur le travail musculaire fourni par le rat normal et par le rat décapsulé. — MM. L. Binet et M. Bargeton montrent que le travail musculaire fourni par le gastrocnémien du rat anesthésié, stimulé électriquement, est capable d'augmenter de 50 à 100 % par respiration en atmosphère suroxygénée ; il en est de même chez le rat décapsulé tant que l'insuffisance surrénale n'est pas trop avancée. L'inhalation de mélanges riches en oxygène permet, dans une certaine mesure, de corriger la fatigabilité musculaire de l'insuffisance surrénale expérimentale.

Variations quotidiennes du taux de vitamines A dans le sang de l'homme normal. Mesures comparatives avec les valeurs fournies par l'examen du sujet à l'appareil de Chevallier et Rcux et à l'adaptomètre de Garabedian et Meunier. — MM. H. Gounelle, J. Gerbaux et Y. Raoul.

Variations des teneurs en acide ascorbique du plasma humain avec la saison. — MM. Y. Raoul, H. Gounelle, Mlle A. Vinet et M. A. Vallette.

Les vaccins des Laboratoires du Dr P. ASTIER

42, rue du Docteur-Blanche, PARIS

COLITIQUE

Anticolibacillaire

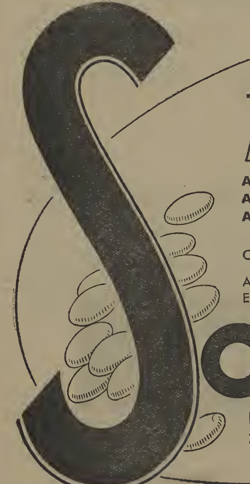
STALYSINE

Antistaphylococcique

PHILENTÉROL

Colibacilles — Entérocoques
Staphylocoques

Vaccin pré et post-opératoire



TRAITEMENT DE TOUTES LES

ANÉMIES

ANÉMIES PAR SPOLIATION SANGUINE
ANÉMIES CONSÉCUTIVES AUX MALADIES INFECTIEUSES
ANÉMIES DUES AUX PARASITOSES SANGUINES ET INTESTINALES

CARENCE MARTIALE - DÉFICIENCES ORGANIQUES

ADULTES . . . . 2 comprimés aux 3 repas
ENFANTS. . . . . . . 2 comprimés aux 2 principaux repas

SOJAMINOL

LABORATOIRES DU NEUROTENSYL
72, BOULEVARD DAVOUT - PARIS (XX°)

NOUVELLE PRÉSENTATION :

OPOCÉRÈS "VITAMINÉ" B-C-D

ÉGALEMENT :

EN BOITES DE 10 AMPOULES BUVABLES ET EN BOITES DE 40 COMPRIMÉS FRIABLES

INOSITE - CHAUX - MAGNÉSIUM - FER - MANGANÈSE
SURRÉNALE - HYPOPHYSE - EXTRAIT ANDROIQUE - NOIX VOMIQUE

OPOCERES Reconstituant Biologique général | 1 à 4 comprimés par jour

— LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS (8e) —

SUNOXIDON

FÉBRIFUGE — ANTIALGIQUE — ANTI-INFECTIEUX

A base **d'Oxyquinoléine** et de **Diméthylamino-antipyrine**

Ne provoque pas de phénomènes secondaires

Grippe -- Angines
Pyrexies de toute nature
Algies banales - Algies des Bacillaires

Dose usuelle (Adultes): 2 cachets par jour — Présentation : Tubes de 12 cachets de 0 gr. 50

Marque R. A. L.

Produits Spécialisés des Etablissements KUHLMANN

S. THIERY, Pharmacien, 19, rue Franklin, PARIS (16e)
Service Commercial : 15, Rue de La Baume, PARIS (8e)



CHOLÉRÉTIQUE - STOMACHIQUE
DIURÉTIQUE — RÉGULATEUR INTESTINAL

Une à trois cuillerées à café de granulé par jour Croquer ou dissoudre dans une tisane aromatique.

LABORATOIRES BEAUFOUR — DREUX (E.-&-L.)

La production, à l'aide d'un nouveau milieu de culture à base de digestion papaïnique, des toxines microbiennes et spécialement des toxines diphtérique et staphylococcique destinées a la préparation des anatoxines correspondantes. — MM. G. Ramon, J. Pochon et Mlle G. Amoureux font agir la papaïne sur des viandes impropres à la consommation : le milieu ainsi obtenu, d'une préparation facile et rapide, est d'un prix de revient fort réduit et spécialement adapté aux circonstances actuelles ; il peut être très bien utilisé dans la production des toxines diphtérique et staphylococcique et des toxines microbiennes, en général.

Recherches sur le chimiotactisme leucocytaire. Pouvoir chimiotactique des antigènes glucido-lipidiques. — MM. A. Delaunay, R. Sarciron et Mme Y. Lehoult ont pu extraire des germes à Gram négatif, un facteur chimiotactique qui est l'antigène glucido-lipidique spécifique de ces germes. La courbe d'activité de cet antigène est particulièrement intéressante et rappelle tout ce qu'on sait des substances chimiotactiques en général.

Modifications histochimiques des lipides au cours de l'hyperthermie provoquée par le dinitrophénol chez le chien. — M. J. Verne a vu, au cours de l'hyperthermie provoquée par le dinitrophénol, les lipides participer aux processus d'oxydation qui caractérisent l'action de cette substance, inégalement, d'ailleurs, suivant les tissus.

La coagulation plasmatique. — MM. C. Lian, Sassier et Huret admettent que la phase de précoagulation est constituée par la succession de deux périodes : une première période dite *fermentaire initiale*, dans laquelle, en présence de calcium agissent thrombokinase et prothrombine, ou bien thrombozyne et thrombogène, et une seconde période dite *fermentaire terminale*, dans laquelle le fibrinogène joue un rôle. La durée de la phase de précoagulation, relativement courte si la proportion de fibrinogène est relativement faible, est, au contraire, nettement allongée si la proportion de fibrinogène est relativement importante.

Action comparée de quelques modificateurs de la réserve alcaline sanguine utilisés dans la lutte contre l'acidose. — M. R. Lecoq.

Toxicité de différents savons pour l'épinoche. — M. Valette.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 16 novembre 1941

Quelques réflexions sur les consultations de nourrissons. — Mlle M.-T. Comby.

Cataracte bilatérale acquise et arthropathies. — M. Heuyer précise que le syndrome dont il a rapporté récemment un cas a été signalé, dès 1938, par M. Julien Marie.

Deux cas de polyradiculo-névrite suite de varicelle et de scarlatine. — M. Walter. — Ces deux observations concernent l'une une forme typique survenue chez une enfant de 7 ans une semaine après le début d'une varicelle et l'autre une forme pseudo-myopathique survenue chez une enfant de 4 ans pendant la convalescence d'une scarlatine. L'auteur insiste sur la constance du tableau clinique et sur les degrés d'intensité et de durée des paralysies et rappelle qu'il existe des formes cliniquement primitives alors que d'autres paraissent secondaires à une infection. Il semble que la tendance actuelle soit d'incriminer dans tous les cas l'intervention d'un virus neurotique hypothétique.

A propos de la politique actuelle du lait. — La Société émet divers vœux demandant que :

— Le taux butyreux du lait ne soit pas abaissé au-dessous de 35 o/oo ;

— La fabrication des laits condensé et sec soit intensifiée en raison de la mauvaise qualité actuelle du lait, et que ces divers produits soient préparés avec du lait entier ;

— Le lait sec acidifié soit conservé.

Obstruction de la bronche souche droite par un tuberculome. Ablation. Guérison. — MM. Levesque, Aubin et Perrot. — Obstruction bronchique confirmée par les radiographies après injection de lipiodol. Une bronchoscopie permit de déceler une tumeur chronchique, que l'examen histologique révéla être un tuberculome. L'ablation de la tumeur par les voies naturelles fut suivie de guérison.

Méningites à bacilles de Pfeiffer et sulfamidothérapie. — MM. René Martin, M. Roux, Mlles Bourcart et Roux rapportent deux cas de méningite cérébro-spinale à bacille de Pfeiffer, survenus chez des nourrissons et qui se sont terminés par la mort malgré un traitement sulfamidé intensif.

Une bibliographie étendue leur permet de conclure à la gravité

HYPERTENSION
RHUMATISMES
SCLÉROSES
OREILLONS
ETHYLISME

MÉDICATION
SUBSTITUTIVE
DE
L'IODE

RHOCYA

MIEUX QUE
L'IODE
SANS IODE

RHODANATE DE POTASSIUM PUR

X à XXX gouttes, trois fois par jour.

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 39, Boul^d de La Tour-Maubourg PARIS-7^e

Zone non occupée : Pontgibaud (Puy-de-Dôme)

de cette méningite pendant les deux premières années de la vie. La mortalité globale est de 86 % et seules sont influencées les formes d'évolution subaiguë. Par contre, chez l'enfant plus âgé la mortalité n'est que de 41 %.

Les sulfamides semblent à la limite de leur action dans les méningites à bacilles de Pfeiffer, mais restent, néanmoins, l'arme la plus puissante dont nous disposons aujourd'hui dans ces cas autrefois fatalement voués à la mort.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1941

L'organisation des services vétérinaires à Paris et dans le département de la Seine fait l'objet d'une importante communication de M. CHRÉTIEN qui précise son rôle consistant dans l'application des mesures de police sanitaire ; l'inspection de la salubrité des denrées alimentaires d'origine animale ; la surveillance des établissements classés comme insalubres ; l'établissement des cours du gros, le contrôle des prix de vente au détail, l'étude des questions relatives au coût de la vie.

MM. DOURNEL, BOYÉ, DALLY prennent part à la discussion.

LIVRES NOUVEAUX

Le traitement du diabète en pratique médicale, par Pierre MAURIAC. Un volume de 106 pages (collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications, n° 30), 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

« Il n'y a pas de champ plus largement ouvert à la curiosité expérimentale que le diabète humain. S'il est conscient de son rôle, le médecin qui entreprend le traitement d'un diabétique doit se considérer comme un expérimentateur », nous dit le Prof. Mauriac dans l'introduction de ce livre, modèle de clarté et de simplicité, où se trouve remarquablement exposé tout ce qu'un médecin doit savoir en pratique courante du traitement du diabète.

C'est, en effet, avant tout, du point de vue pratique que cette étude a été entreprise, l'auteur ayant écarté délibérément toute bibliographie, toute longue discussion scientifique, pour mettre son expérience au service du praticien isolé parfois tenté, soit de donner un régime et des doses d'insuline insuffisantes, soit de se débarrasser du client sur un confrère plus qualifié.

Rien de plus simple, cependant, que d'établir, suivant la technique du Prof. Mauriac, le régime d'un diabétique : un tableau d'équivalences lui permet aisément de choisir chaque jour son menu. Le nombre des plats variera par la suite selon la tolérance aux glucides. Il faut savoir gré à l'auteur de n'avoir pas craint de s'attarder aux détails, tant en matière de régime qu'en ce qui concerne l'insulinothérapie, d'avoir indiqué avec des exemples les erreurs, les accidents qu'il faut éviter au malade dont la collaboration intelligente est indispensable pour obtenir l'amélioration du diabète.

Retenons, enfin, ces sages conseils du maître de Bordeaux :

« Un diabète a d'autant plus de chances de s'améliorer vraiment qu'il est soigné plus rapidement, dès l'apparition des premiers signes. Mais si bons, si encourageants que soient les résultats de la cure insulinique, ils ne doivent pas nous rendre trop optimistes sur la possibilité d'une guérison vraie.

« Cette guérison, nous ne l'avons jamais observée ; puisse-t-elle se produire un jour ! En attendant, souvenons-nous que l'amélioration la plus étonnante obtenue dans la cure d'un diabète n'est pas une raison pour nous départir de la régularité de la constance dans les soins, car la rechute est plus proche que la guérison. »

M. L. S.

Visite de nuit, roman par Mme Fanny LE JEMTEL. Un vol. in-8°. Prix 25 francs. Editions Denoël (collection l'Arabesque).

Le livre que Mme Le Jemtel a bien voulu m'adresser est un roman. Comme tel il devrait échapper à ma compétence. Mais l'aventure dramatique narrée par l'auteur survient à l'occasion d'une « visite de nuit ». Et nous voilà aussitôt situés en plein milieu professionnel. L'auteur nous montre sa parfaite connaissance de la vie médicale, la noblesse de cette vie et ses difficultés parfois tragiques.

Lisez cet excellent volume, l'auteur y montre des qualités hors de pair. L'art de ses descriptions ne manquera pas de vous frapper et de vous retenir autant que l'aventure qui est la conséquence d'une « visite de nuit ».

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

TRAITEMENT
BIOCHIMIQUE
DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX
PAR l'HISTIDINE

LARISTINE
"ROCHE"

Solution à 4% de Mono-chlorhydrate d'HISTIDINE
Ampoules de 5cc
Injections intramusculaires ou sous-cutanées indolores.

SANS CONTRE-INDICATION

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie - 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

AMPOULES DE 2 centic. 5 centic. 10 centic.

CALCIUM
POUR INJECTIONS ENDOVEINEUSES ET INTRAMUSCULAIRES INDOLORES
CORBIERE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %

LABORATOIRE CORBIÈRE, 27, RUE DESRENAUDES - PARIS

Granules CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

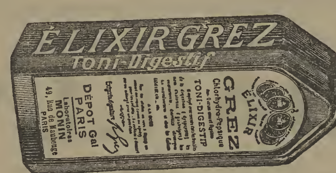
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.

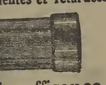
Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine" Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.





Digestions pénibles lentes et retardées

Insuffisance gastrique



RHINAMIDE



CHIMIOTHÉRAPIE SULFAMIDÉE LOCALE
DES INFECTIONS AIGUËS ET CHRONIQUES DU
RHINO-PHARYNX

CORYZAS-RHINITES-ADÉNOÏDITES
RÉACTIONS SINUSIENNES - GRIPPE

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES INFECTIONS ÉPIDÉMIQUES

EN INSTILLATIONS ET PULVÉRISATIONS FRÉQUENTES

LITTÉRATURES ET ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES A. BAILLY — 15, RUE DE ROME — PARIS 8E

LA PHARMACIE
A. BAILLY
EST LA PHARMACIE DU
MÉDECIN

TOUTES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES
ACCESSOIRES • ANALYSES MÉDICALES
ORDONNANCES

15, Rue de Rome, PARIS (8e) — Téléphone : LABorde 62-30

25

Nos 7-8. — 28-31 JANVIER 1942 115e ANNEE Ces deux numéros groupés : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies.................Un an. 75 fr.
Etudiants........ .... « 40 fr.
Etranger. — 1re zone : 110 fr. ; 2e zone : 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Nous nous permettons de demander à ceux de nos confrères qui renouvellent actuellement leur abonnement pour 1942, de bien vouloir tenir compte des nouveaux prix, tels qu'ils figurent dans le titre du journal. Ils éviteront ainsi une correspondance coûteuse et un retard possible dans l'envoi du journal.

Nous les remercions d'avance de bien vouloir se conformer à cet avis.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT (oral). — Séance du 21 janvier 1942 :

Notes : MM. Lacourbe : 19 ; Couade : 12 ; Bourguet : 20 ; Scherrer : 22 ; Bilski-Pasquier : 22 ; Jacquemin (Henri) : 19 ; Carillo-Maurtua : 24 ; Woimant : 18 ; Pierart : 17 ; Faurel : 18.

Questions données. — Symptômes et formes cliniques de l'insuffisance aortique. — Symptômes et diagnostic du cancer du caecum.

Séance du 23 janvier 1942 :

Notes : MM. Jouve : 11,5 ; Sclafer : 20 ; Guinard : 16 ; Mlle Cousin : 22 ; M. René : 24 ; Mlle Fossier : 15 ; MM. Dezarnauld : 21 ; Combet : 20 ; Caldier : 18.

Questions données — Examen clinique d'un tabétique. — Symptômes, diagnostic et traitement des phlegmons périnéphritiques.

Séance du 24 janvier 1942 :

Notes : Mlle Tourneville : 16 ; MM. Hemeury : 19,5 ; Hertz : 28,5 ; Toupet : 19 ; Tricard : 16 ; Canivet : 17 ; Caplier : 20,5 ; Sénécal : 20 ; Feffer : 16,5 ; Mlle Schweisguth : 27 ; M. Sibertin-Blanc : 16.

Questions données. — Sympômes, diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon. — Fractures ouvertes de la diaphyse des deux os de la jambe.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (*section médecine*). — *Epreuve supplémentaire* du vendredi 23 janvier 1942 :

MM. Milliez : 19 ; Mozziconacci : 18.
Médaille d'or : M. Milliez.
Médaille d'argent : M. Mozziconacci.
Accessit : M. Brissaud.

MUTATIONS DES ÉLECTRO-RADIOLOGISTES en 1942 :

Saint-Louis : Dr Cottenot ; Laënnec : Dr Guilbert ; Saint-Antoine : Dr Gérard ; Salpêtrière : Dr Ledoux-Lebard ; Trousseau : Dr Thibonneau ; Enfants-Malades : Dr Lomon ; Broussais : Dr Thoyer-Rozat ; Bretonneau : Dr Piot.

IODALOSE GALBRUN

Iode physiologique, soluble, assimilable. — Remplace iode et iodures dans toutes leurs applications internes

SANS ACCIDENTS D'IODISME

Laboratoire GALBRUN, 10, rue Guynemer, SAINT-MANDÉ (Seine)

Ménages : Dr Desgrez ; Broca : Dr Delapchier ; Maison de Santé : Dr Porcher ; Hérold : Dr Beau ; Ivry : Dr Marchand ; Centre des tumeurs de la Salpêtrière : Dr Nadal.

Facultés de Médecine. — Sont promus à la classe exceptionnelle, MM. les Prof. Rouvière et Pautrier.

Faculté de Médecine de Paris. — La *leçon inaugurale* de M. le Prof. Gastinel aura lieu au grand amphithéâtre de la Faculté le lundi 2 février, à 18 heures.

Ecole du Service de Santé Militaire. — Un arrêté du 8 janvier 1942 fixe à 15.000 francs le montant de la somme à rembourser par les élèves ou anciens élèves de l'Ecole du Service de Santé Militaire.

Citation à l'ordre de la nation. — M. Boukhellova Ahmed, docteur en médecine à Relizane (Oran), a contracté le typhus au chevet de ses malades, donnant les preuves d'un dévouement professionnel absolu et d'une abnégation élevée jusqu'à l'héroïsme.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'or (à titre posthume) a été décernée à M. le Dr Machaire (Yves), médecin de la Santé Publique à Rabat (Maroc), décédé du typhus dans l'exercice de ses fonctions.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — INSPECTION MÉDICALE DE LA SANTÉ. — Par arrêtés du 24 décembre 1941, sont affectés :

Au département de la Loire, M. le Dr Robin, inspecteur du Rhône ;

Au département du Rhône, M. le Dr Poulain, inspecteur de la Loire ;

Au département de la Loire-Inférieure, M. le Dr Minon, inspecteur adjoint de la Somme.

Au département du Puy-de-Dôme, M. le Dr Grégoire, inspecteur adjoint de l'Isère.

Au département d'Eure-et-Loir, M. le Dr Dupuy, inspecteur adjoint du Gers.

Par arrêté du 24 décembre 1941, l'arrêté du 5 novembre 1941 portant affectation dans la Gironde de M. le Dr Fournier, inspecteur adjoint du Calvados, est rapporté. (*J. O.*, 11 janvier 1942.)

Secrétariat d'Etat au Travail. — La COMMISSION D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE est ainsi composée :

Président : M. le doyen Baudouin.

Membres : MM. les Drs Barthe, Desoille, Duvoir, Gros, Prieur, Rist, Balthazard.

MM. Dablincourt, Darzens, le professeur Fabre, le Dr Feil, Florentin, Kling, Lafarge.

En font encore partie trois représentants des employeurs, trois représentants des travailleurs et neuf fonctionnaires dont les trois médecins inspecteurs généraux. (*J. O.*, 21 janvier 1942.)

Voir la suite des Informations, page 74.

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

Communiqué

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins communique qu'une nouvelle décision est intervenue concernant l'établissement des certificats médicaux pour l'obtention de « supplément de charbon-maladie ».

1° La mention diagnostic n'a pas à figurer.

2° Le certificat médical doit spécifier :

Soit qu'il s'agit d'une affection aiguë fébrile d'une durée égale ou inférieure à huit jours ;

Soit d'une affection aiguë fébrile d'une durée comprise entre huit et quinze jours.

Les médecins sont priés de se conformer à ces instructions.

Communiqué

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins rappelle à tous les médecins du département que les certificats médicaux délivrés à l'appui d'une demande de laissez-passer en zone libre doivent, d'après les instructions reçues, *obligatoirement* porter la mention :

Maladie grave ne pouvant trouver le traitement nécessaire en zone occupée.

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe

Nécrologie

LE PROFESSEUR E.-J. MOURE

Le professeur Moure vient de s'éteindre à Cannes, âgé de 86 ans. Avec lui disparaît une grande figure médicale, un des membres fondateurs de l'Orhilagie française.

Sa vie tout entière est un magnifique exemple et un enseignement. Entré dans la vie médicale sans titre et sans relation il a su par la ténacité de ses efforts et par la clarté de son intelligence s'imposer à l'admiration de tous ceux qui l'approchaient ; grâce à son autorité personnelle, il a pu organiser, en 1913, le premier enseignement officiel de l'oto-rhino-laryngologie française ; pendant cinquante ans, ses robustes épaules ont supporté sans défaillir les fatigues écrasantes d'un labeur scientifique acharné et d'une clientèle internationale enthousiaste.

Son prestige était considérable ; il n'était pas un de nous, orhilagistes français, qui ne se considérât, directement ou indirectement, comme son élève, tant était grande l'empreinte personnelle qu'il avait su donner à notre spécialité, née quelques années auparavant sur les bords du Danube.

Dans les congrès quand il se levait, chacun écoutait avec déférence sa parole un peu lente, teintée d'un léger accent gascon, dont la précision et la simplicité étaient les notes dominantes.

Il laisse une œuvre considérable : ses leçons sur les maladies du larynx, son traité des maladies de la gorge et du larynx, son guide pratique des maladies de la gorge, du pharynx, du larynx, des oreilles, des fosses nasales et cavités accessoires, constituent une des bases de l'oto-rhino-laryngologie française. Plusieurs de ses procédés opératoires sont devenus classiques.

Il a su faire de Bordeaux un centre international remarquable d'enseignement orhilagique.

Professeur à la Facuté de Bordeaux, Commandeur de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie de Médecine, membre de plusieurs académies étrangères, médecin attitré de familles royales, il a reçu, avec la même bonhommie souriante, toutes les consécrations et tous les honneurs. Il a eu, enfin, le suprême bonheur de voir son œuvre bordelaise dignement continuée sous la direction de son gendre, le professeur Portmann.

Que le docteur et Mme Paul Moure, le docteur et Mme Liébault, le professeur et Mme Portmann, veuillent bien trouver, ici, l'expression de notre sympathie attristée.

A. MOULONGUET.

Le Dr René Porte, directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Grenoble, décédé le 18 janvier 1942.

Nous apprenons avec une vive peine la mort de Mme Marfan, femme de M. le Professeur Marfan, membre de l'Académie de Médecine.

Nous prions notre bien cher maître et ami de trouver ici l'expression de notre bien douloureuse sympathie.

1° Fonds de LABORATOIRE " Joulié "
D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES
à Paris, 60, rue Miromesnil
2° Marque produit pharmaceutique " Cytosal "
Mises à prix : 5.000 et 25.000 francs
Pour 1er lot à repr. en sus mob. et matér. : 21.015 francs
Consignation : 10.000 francs par lot
Adj. Et. DROUANT, not., 11, r. de Rome, le 12 février, à 14 h.
S'adresser au notaire et sur place pour visiter. 2087

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES
NOUVELLE ADRESSE : 26, RUE SAUSSIER-LEROY, PARIS-17e

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo* *Poudre de Belladone* *Evonymine brune, Agar-Agar* *1 à 2 comprimés 1/2 heure avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
RECONSTITUANT		
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
SULFAMIDE 402 M		
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
SULFAMIDE PYRIDIQUE 109 M		
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
VITAMINE C		
LAROSCORBINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine C synthétique cristallisée* Comp. : 2 à 4 p. j. Amp. 2 cm³ : 1 à 2 p. j. Amp. 5 cm³ : 1 p. j.	Toutes déficiences organiques
VOIES RESPIRATOIRES		
SIROP "ROCHE" AU THIOCOL Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Gaïacol inodore* Adultes : 1 à 4 c. à s. p. j. Enfants : 1 à 4 c. à s. p. j. et plus	Toutes affections des voies respiratoires

Copyright VS-4-1942



OKAMINE

CYSTÉINÉE
Formule n° 3 du Dr Hervouët
20 ampoules pour 10 inj. — tous les 2 jours
Tuberculoses graves ou tenaces
ne pas cesser prématurément

ASSUR. SOCIALES REMBOURSENT

SIMPLE
Formule n° 2 du Dr Hervouët
10 ampoules — inj. tous les 2 ou 3 jours
Dragées (40) — 2 à 4 au petit déjeuner
Tuberculoses ordinaires courantes

Pierre BUGEARD, Pharmacien, 13, rue Pavée, PARIS (4e) - Dépôt général : **Ets. DARRASSE FRÈRES**

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », parue dans la *Presse Médicale,* du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouët a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Elle est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Dr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

VOMISSEMENTS
Vomissements de la grossesse
Mal de mer
Etats nauséeux
ATONIE GASTRIQUE

CETRAROSE
du Docteur GIGON
à base d'Acide protocétrarique.

MODE D'EMPLOI
20 à 30 gouttes en une fois sur un morceau de sucre ou dans un peu d'eau, dose pouvant être répétée plusieurs fois, sans dépasser 200 gouttes par 24 heures.

Laboratoire des Produits du Dr GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Bd Beaumarchais - PARIS

DU FÉMINISME DANS L'ENFANCE ET LA JEUNESSE

par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Le mot FÉMINISME est employé depuis longtemps en médecine. Il y a soixante-dix ans, en 1871, il est dans le titre de la thèse de Faneau de la Cour (1), inspirée par E. Lorain ; dans une lettre-préface, écrite en décembre 1870, celui-ci en décrit nettement les principaux caractères.

Cependant on ne le trouve pas dans le *Dictionnaire de la langue française* publié, en 1863, par E. Littré (2), dans le *Grand dictionnaire universel* de Pierre Larousse (3), dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de A. Dechambre (4), en 1877.

Il existe, en 1886, dans le *Dictionnaire de médecine* de E. Littré (5), en 1935, dans la huitième édition du *Dictionnaire de l'Académie française* (6), dans le *Larousse du XXe siècle* (7).

Aujourd'hui son usage est courant.

Le mot féminisme a plusieurs **acceptions.**

Le *Dictionnaire de l'Académie française* n'en donne qu'une : « Doctrine qui a pour objet l'extension des droits civils et politiques à la femme. »

E. Littré, dans son *Dictionnaire de médecine*, en donne une autre : « (Lorain). Arrêt de développement de l'homme vers l'âge de l'adolescence, qui lui donne quelques-uns des attributs de la féminité. »

Le *Larousse du XXe siècle* donne les deux acceptions :

« Physiol. : Etat d'un individu du sexe masculin présentant des caractères de féminité plus ou moins marqués. »

« Sociol. : Doctrine favorable à l'égalité naturelle des sexes. Mouvement d'idées tendant à permettre à la femme d'exercer son activité sociale, économique, politique, dans les mêmes conditions que l'homme. »

Le mot *Féminisme* ne fait pas double emploi avec le mot FÉMINITÉ.

Féminité n'existe pas dans le *Grand dictionnaire universel* de Pierre Larousse, dans le *Dictionnaire de Dechambre*, dans le *Dictionnaire de l'Académie française*. Par contre, on le trouve dans les deux dictionnaires de Littré et dans le *Larousse du XXe siècle* avec les définitions suivantes :

Dictionnaire de la langue française : « Ensemble des attributs qui caractérisent le sexe féminin et qui expriment au dedans et au dehors les différences du féminin et du masculin. »

Dictionnaire de médecine : « (De *femina*, femme). Ensemble des attributs anatomiques et des qualités physiologiques, végétatives et animales qui caractérisent intérieurement et au dehors le sexe féminin. »

Larousse du XXe siècle : « Caractère distinctif, naturel, particulier à la femme. »

Je ne m'occupe pas du féminisme, *doctrine politique et sociale*. Cette appellation d'ailleurs, on l'a fait remarquer, est inexacte, puisque la doctrine a pour objet d'accorder à la femme les droits que l'homme possède ; le mot *virilisme* serait mieux choisi.

En médecine, les définitions relatées ci-dessus me paraissent insuffisantes.

(1) Faneau de la Cour (Ferdinand-Valère). Du féminisme et de l'infantilisme chez les tuberculeux. *Thèse de Paris*, 1871. — A. Parent.
(2) Hachette et Cie, Paris, 1863.
(3) Sans date.
(4) Masson (G.) et Asselin (J.), Paris, 1877.
(5) Littré (B.). *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*. Baillère (J.-B.) et fils, Paris, 16e édition, 1886.
(6) Hachette, Paris, 1935.
(7) Sans date.

D'une façon générale, on peut dire que le féminisme est un syndrome clinique caractérisé par les attributs de la féminité installés dans des conditions anormales.

Il convient de considérer séparément chaque sexe, car le féminisme, compris ainsi, se rencontre dans le sexe féminin comme dans le sexe masculin.

Un individu du sexe masculin qui possède des attributs de la féminité présente du féminisme.

Un individu du sexe féminin qui, pendant l'enfance et la jeunesse, possède prématurément les caractères d'une « femme faite » présente du féminisme. Il faut tenir compte, en effet, de l'évolution de la sexualité depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte.

Après avoir rappelé les principaux *caractères de la féminité*, je décrirai donc, pendant l'enfance et la jeunesse :

1° Le *féminisme du garçon*, chez qui la forme la plus complète est représentée par l'*androgynoïde* ou homme à corps de femme ;

2° Le *féminisme précoce de la fille.*

Pour les deux sexes, à côté des *formes avérées* du féminisme, on rencontre des *formes discrètes, frustes, dégradées.*

Le *Féminisme* s'oppose au VIRILISME (1). Celui-ci est un syndrome clinique caractérisé par les attributs de la *virilité* installés dans des conditions anormales.

Il se rencontre : 1° chez un individu du sexe féminin et sa forme la plus complète est réalisée par la *gynandroïde* ou femme à corps d'homme ; 2° chez un individu du sexe masculin, qui présente les attributs d'un « homme fait » d'une façon prématurée, pendant l'enfance et la jeunesse, du *virilisme précoce.*

Pour Gregorio Marañon (2), « plutôt que *virilisme* et *féminisme* nous devons dire *virilisation* et *féminisation* ou bien *intersexualité viriloïde* et *intersexualité féminoïde. Virilisme* et *féminsime* sont des termes trop précis. »

LES ATTRIBUTS DE LA FÉMINITÉ

Chez le *fœtus*, le *nouveau-né* et le *petit enfant*, le seul attribut féminin vraiment appréciable réside dans les ovaires et la conformation de l'appareil génital. Certes, il existe d'autres attributs, mais ils sont discrets ou occultes.

A *partir de cinq ou six ans*, de nouveaux attributs de la féminité commencent à s'installer ; ils se précisent pendant les deux ou trois années qui précèdent la puberté, auxquelles on réserve, en général, l'appellation de *période prépubère*, et pendant la *puberté* ; ils se perfectionnent pendant la *jeunesse* ; ils s'épanouissent à l'âge adulte, chez la « femme faite ». La femme de trente ans réalise parfaitement la féminité.

Un an après le début de la puberté survient la *première menstruation*, qui en marque l'éclosion, et s'installe *la fonction de reproduction* qui est un attribut majeur de la féminité.

A la puberté, les principaux *caractères sexuels secondaires* se développent, caractères généraux, caractères physiques, biologiques, psychiques.

La *morphologie féminine* se différencie nettement de la morphologie masculine. Le bassin est plus large et plus évasé, les diamètres bi-trochantérien et bi-iliaque sont supérieurs au diamètre biacromial.

L'écartement des cavités cotyloïdes imprime aux fémurs une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans ; l'abdomen bombe en avant.

L'adiposité progresse ; la graisse se dépose principalement, aux cuisses, aux fesses, aux hanches, au pubis, à la région mammaire. Les os, les muscles restent grêles, ne font pas relief sous la peau ; de ce fait et du fait de la graisse les formes sont enveloppées.

(1) Nobécourt (Pierre). Du virilisme dans l'enfance et la jeunesse. *Journal des Praticiens* (sous presse).
(2) Maranon (Gregorio). *L'évolution de la sexualité et les états intersexuels*. Traduit de l'espagnol par le Dr Sanjurgo d'Arellano. Gallimard, Paris, 4e édition, 1931.

La toison pubienne reste triangulaire et limitée, en haut, par une ligne horizontale nette. La peau est fine et, sauf au pubis et dans les aisselles, reste glabre. Il n'y a ni moustache ni barbe. Les cheveux sont longs et implantés à la nuque et au front d'une façon particulière. Les sourcils sont relativement peu fournis.

Les seins et les glandes mammaires sont bien développés.

Le larynx grossit peu, la pomme d'Adam ne forme pas de saillie, la voix reste aiguë.

Je ne décris pas les *attributs biologiques* et les *attributs psychiques* de la féminité, pour ne pas allonger ce travail.

C'est d'ailleurs surtout la constatation des attributs physiques qui conduit au diagnostic du féminisme.

LE FEMINISME DU GARÇON

Chez le garçon, on rencontre :

I. — Des *androgynoïdes* qui sont rares.

II. — Des *formes discrètes, frustes, dégradées*, qui sont communes.

I. — Les androgynoides (1). — Les *androgynoïdes*, pour employer le mot proposé par S. Pozzi (2), sont des hommes à corps de femme ; ce sont des hommes parce qu'ils ont des testicules. Auparavant on les appelait avec Meckel (1815) et Meckel (1870), *pseudo-hermaphrodites masculins*.

Gregorio Marañon propose l'appellation de pseudo-hermaphrodite masculin ou d'*homme pseudo-hermaphrodite.*

L'*hermaphrodite vrai* se différencie du *pseudo-hermaphrodite*, théoriquement tout au moins, parce qu'il possède simultanément testicule et ovaire. Cette distinction prête à discussion et n'est plus admise par tous les auteurs.

Les hermaphrodites vrais présentent une morphologie diverse, autant qu'on peut en juger par le petit nombre d'observations certaines. Les uns ont le type féminin, d'autres le type masculin. L'hermaphrodite de dix-huit ans, observé par Robert Raynaud, F.-G. Marill et R. Xicluna (3), a des seins de jeune fille, un bassin large, des fesses rebondies, des téguments fins, un système pileux peu développé : « en somme, la morphologie générale est celle d'un corps féminin ». L'hermaphrodite de vingt-deux ans, soigné par L. Ombrédanne (4), est un garçon boucher « aux joues roses et glabres, aux poings solides, aux épaules larges, à la musculature puissante » ; mais « sa poitrine est ornée de deux seins tout à fait féminins ». Remarquons la gynécomastie de ces deux sujets.

L'*androgynoïde* est le contraire de la *gynandroïde* ou femme à corps d'homme, appelée encore *pseudo-hermaphrodite féminine, femme pseudo-hermaphrodite.* La *gynandrie* réalise une forme du *virilisme de la femme*, tandis que l'*androgynie* réalise une forme du *féminisme de l'homme.*

Les androgynoïdes sont plus nombreux que les gynandroïdes. D'après la statistique de Neugebauer (1908), sur 100 pseudo-hermaphrodites, on compte 76,9 androgynoïdes, 23 gynandroïdes. Cette statistique est d'ailleurs très approximative, faute d'un critérium précis pour faire la distinction.

L'**habitus général** a le caractère féminin. Ce caractère s'installe aux approches de la puberté et pendant son évolution. La forme de la toison pubienne, la largeur du bassin, la direction oblique des cuisses, le développement et la répartition de la graisse aux hanches, aux fesses, à la région pubienne, aux cuisses, le peu de relief des muscles et des os, le grossissement des glandes mammaires, la formation des seins, etc., traduisent la féminité.

La formation des seins, la *gynécomastie*, est à peu près la règle chez les androgynoïdes. Leur hypertrophie atteint des degrés divers, depuis le sein modelé de la jeune fille jusqu'à la grosse mamelle pendante. La gynécomastie peut être la manifestation la plus apparente de l'androgynie. La répartition et la structure des tissus glandulaire, adipeu, fibreux, sont les mêmes que chez la fille. Il ne faut pas confondre la gynécomastie, dans laquelle il y a participation appréciable de la glande, avec l'« *adiposité pseudo-gynécomastique* » (Gregorio Marañon).

Les **goûts, le psychisme** ont une tendance féminine. Cette tendance n'est pas toujours bien caractérisée. Souvent goûts et psychisme ont, chez des individus considérés comme des femmes, le caractère masculin.

Gregorio Marañon relate l'histoire de la nonne du couvent d'Ubeda, Doña Magdalena Munoz, rédigée, en 1617, par Fray Agustin de Torrès. « Avant de prononcer ses vœux elle faisait de l'escrime, tirait de l'arquebuse et se comportait en garçon. »

Il cite également « un individu suisse considéré jusqu'à vingt-cinq ans comme une femme, jusqu'alors d'apparence féminine normale, mais montrant pour les activités masculines un goût marqué qui avait attiré l'attention de son entourage. »

Certains androgynoïdes auraient des **menstruations.** Il faut se méfier d'une supercherie, car l'intéressé, dans le désir de ressembler aux autres femmes ou pour tout autre motif, peut les simuler. Cette réserve faite, « les règles, écrit L. Ombrédanne, sont une forte présomption en faveur de la féminité et doivent, à ce titre, avoir dans le *bilan du sexe*, presque autant de valeur que l'éjaculation de spermatozoïdes vivants ».

L'examen des **organes génitaux** fait découvrir des anomalies plus ou moins grandes.

« En règle, d'après L. Ombrédanne, tous les androgynoïdes sont des *hypospades vulviformes.* » Ils ont une *aplasie du tubercule génital ;* suivant son degré et sa modalité, on se demande s'il s'agit d'une petite verge ou d'un clitoris. Souvent il existe un vagin, d'une longueur moyenne de deux à cinq centimètres, parfois plus court, parfois plus long et pouvant atteindre huit ou neuf centimètres.

A la palpation des bourrelets génitaux, généralement on perçoit un corps dont la forme, la consistance, la sensibilité spéciale sont celles d'un testicule. Celui-ci peut être découvert seulement au cours d'une intervention chirurgicale ou à la nécropsie, soit en position normale, soit en ectopie inguinale ou intra-abdominale.

La constatation d'une glande ayant l'apparence d'un testicule, chez un androgynoïde, n'entraîne, d'après L. Ombrédanne, qu'une *présomption.* Le contrôle microscopique effectué avec une technique bien réglée est indispensable.

La **conformation des organes génitaux externes** chez les androgynoïdes peut permettre la *copulation*, soit en *mâle*, soit en *femme.*

La *copulation en mâle* est possible quand le sujet possède une verge suffisante et entrant en érection.

La *copulation en femme* est possible si le sujet possède un vagin perméable. « Il a été raconté, écrit L. Ombrédanne, que des androgynoïdes, c'est-à-dire des êtres munis de testicules, avaient pu... concevoir, porter et même accoucher. Nous sommes ici en pleine anecdote et les constatations même de la présence clinique des testicules font défaut... La seule conclusion à tirer de ces historiettes est qu'il existe des femmes à grand clitoris en forme de verge », qui sont des gynandroïdes.

Il arrive que des androgynoïdes considérés comme des femmes aient des *relations sexuelles* et *même se marient avec des hommes.* Suivant Gregorio Marañon, « le premier contact avec l'homme est généralement le moment critique où se pose le problème de leur sexe, à cause des difficultés que présente le coït et de l'étonnement du conjoint devant la morphologie équivoque de leur nudité ». Cependant, pour certains androgynoïdes, le mariage peut se poursuivre normalement pendant des années.

(1) Sainton (P.), Simonnet (H.), Brouha (L.). *Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale.* Masson et Cie, Paris, 1937. — Ombrédanne (L.). *Les hermaphrodites et la chirurgie.* Masson et Cie, Paris, 1939.

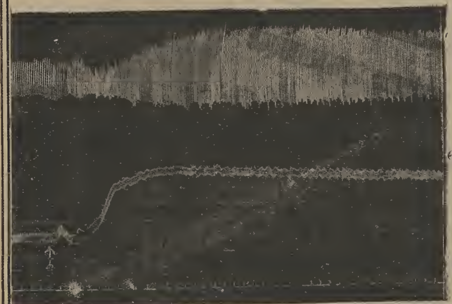
(2) Pozzi (S.). *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 4e édition avec la collaboration de Jayle (F.). Masson et Cie, Paris, 1905-1907. Tome II, p. 1907. *Hermaphrodisme.*

(3) Raynaud (Robert), Marill (F.-G.) et Xiclune (R.). Hermaphrodisme vrai. *La Presse Médicale*, 25 mars 1939, p. 459.

(4) Ombrédanne (L.). *Loc. cit.* Obs. XXIV, p. 298, fig. 107.



CIBA



Action de la Coramine sur la respiration
et la pression artérielle

Stimule
CŒUR – RESPIRATION

Cardiopathies – Collapsus
Maladies infectieuses

GOUTTES
XX à C par jour

AMPOULES
1 à 8 par jour

1-442

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu – LYON


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement titré à 1 centigr. de chlorhydrate d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple, pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par jour, en débutant par une dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les 2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur demande et franco
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

Le **devenir des androgynoïdes** comporte diverses éventualités.

Quand l'androgynoïde avance en âge, sa *féminité peut s'atténuer, sa virilité s'affirmer ;* « la pilosité, la voix, la carrure et même la tendance érotique acquièrent un caractère masculin ». (Gregorio Marañon.)

Le Suisse, observé par Gregorio Marañon, dont il a été question ci-dessus, se virilise à partir de vingt-cinq ans. Marié à un homme normal, il ne tarde pas à s'en séparer. Depuis il vit avec des femmes, ses caractères virils s'accusent : « voix grave, barbe et moustache, pilosité sur le torse, puissante carrure, etc. »

Chez certains androgynoïdes se produisent des *mutations brusques de la morphologie des organes génitaux externes.* A la suite d'un effort ou sans cause appréciable, la verge grossit, les testicules descendent. On cite des faits de ce genre observés chez des filles de douze à quinze ans, chez des femmes mariées depuis quatorze ou quinze ans.

La nonne d'Ubeda, examinée par Fray Agustin et le Père prieur du couvent, devient « un homme parfait, ayant la nature de l'homme et n'ayant de la femme qu'un petit trou de la grosseur d'un pépin un peu au-dessus de l'endroit où l'on dit que les femmes ont leur sexe. » La moustache pousse, la voix grossit. La nonne est renvoyée du couvent ; ensuite elle est condamnée pour viol et grossesse d'une jeune fille.

II. — Les formes discrètes, frustes, dégradées. — Chez les garçons, on observe, avec une grande fréquence, une tendance plus ou moins grande à l'habitus féminin, sans qu'ils aient d'anomalies des organes sexuels permettant de les classer parmi les androgynoïdes. Cet habitus réalise les *formes discrètes, frustes, dégradées du féminisme.* On rencontre tous les degrés entre les garçons dont l'habitus féminin est suffisamment caractérisé pour retenir l'attention et ceux chez qui un examen attentif permet seul de dépister quelques attributs de la féminité.

Le syndrome *féminisme* peut s'installer de bonne heure, entre six et douze ans. Le plus souvent il apparaît de douze à quinze ans, pendant les années qui précèdent la puberté et au début de la période pubérale. Les cas les plus typiques s'observent de treize ou quatorze ans à dix-sept ou dix-huit ans. D'après Gregorio Marañon (1), « à ce moment, l'intersexualité se présente chez le garçon dans une proportion de cinquante-huit pour cent des cas ». Ce taux élevé s'oppose à la rareté du virilisme chez les filles aux mêmes périodes : « chez la fillette, la proportion (de l'intersexualité) n'est que de cinq pour cent ».

Les garçons entachés de féminisme ont des *tailles* moyennes, élevées ou réduites ; leur hypertrophie ou leur hypotrophie staturales atteignent des degrés divers.

Souvent leur *adiposité* est supérieure à celle qui est considérée comme moyenne chez les garçons aux mêmes âges et leur *embonpoint* est fort. Une *obésité* véritable n'est pas rare ; mais celle-ci me semble moins fréquente que le pensent beaucoup de médecins.

Leur morphologie rappelle plus ou moins l'*habitus féminin.* Celui-ci est dû, principalement, à la répartition du tissu adipeux sous-cutané, qui prédomine, comme chez la fille, aux hanches, à la région pubienne, aux fesses, aux cuisses, dans la région pectorale. Il en résulte une apparence d'obésité, qu'il ne faut pas confondre avec une obésité vraie.

Les *seins* sont plus ou moins gros et étalés. Leur volume est dû au développement de la graisse et non à celui des glandes mammaires ; parfois celles-ci s'hypertrophient et il y a de la *gynécomastie.*

Le *bassin* paraît, dans le sens transversal, plus large que les épaules. Cet aspect tient à l'adiposité de la région des hanches et non pas à une disposition particulière du squelette. Il conviendrait de mesurer les diamètres du bassin, pour vérifier cette assertion. En tout cas les cuisses et les fémurs n'ont pas la direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans qui s'installe chez la fille à la puberté ; quand le syndrome disparaît, le squelette a le caractère masculin.

La *peau* est fine, blanche, glabre.

A la morphologie féminine qui fait parler de féminisme se joint, le plus souvent, un *retard de l'évolution pubérale.* La sortie des toisons pubienne et axillaires, la mue de la voix, le grossissement du pénis et des testicules, l'apparition de la moustache et de la barbe s'effectuent souvent avec un retard de deux ou trois années. On insiste souvent sur la petitesse du pénis, des bourses, des testicules ; cette petitesse n'est parfois qu'apparente, due à ce que ces parties sont noyées dans le tissu graisseux. Les testicules sont d'ailleurs souvent mal descendus, haut situés, difficiles à palper ; il arrive qu'on ne les découvre pas ou qu'on n'ose pas certifier leur présence. Il ne faut pas se hâter de diagnostiquer une cryptorchidie ; mais celle-ci peut exister.

La forte adiposité et le faible volume des organes sexuels font souvent parler, à tort, de *syndrome adiposo-génital.*

Le retard de l'évolution pubérale peut faire parler d'*infantilisme.* Celui-ci « est un syndrome qui s'installe, chez les sujets qui n'ont pas de puberté, du fait de la carence de leurs glandes sexuelles, quand ils ont dépassé l'âge où la puberté s'achève chez un sujet normal » (1). Il peut s'intriquer au féminisme, mais cette intrication est rare.

Tels sont, esquissés à grands traits, les **caractères somatiques** du féminisme chez le garçon. A ceux-ci s'intriquent des **caractères psychiques.**

Les garçons à habitus féminin ont souvent des *goûts,* des *sentiments,* des *aptitudes intellectuelles,* un *caractère* plus ou moins semblable à ceux des filles, tantôt très manifestés, tantôt peu appréciables : ils aiment les jeux tranquilles ; ils restent volontiers à la maison, s'occupent du ménage, font de la couture, de la tapisserie, du tricot, etc. ; ils sont timides, réservés, émotifs, ont, à l'*école,* peu de goût pour la lutte intellectuelle et pour l'activité physique.

D'après Grégorio Marañon, assez souvent — dans vingt pour cent des cas d'intersexualité à la puberté — « la seule altération sexuelle a trait à la *libido,* c'est-à-dire à des attitudes douteuses de l'individu ou bien à une claire et définie tendance homosexuelle ». Mais « la véritable homosexualité pubérale » est rare. Il s'agit plutôt, d'après Max Dressoir, d'« un penchant sexuel indifférencié ». Il est d'ailleurs bien difficile d'obtenir des précisions sur ce sujet.

Dans la genèse de ces manifestations psychiques, interviennent, d'une part, le féminisme, d'autre part, le retard de la puberté, le milieu, l'éducation. Le psychisme infantile et le psychisme féminin s'intriquent.

Une fois installées, les formes discrètes, frustes, dégradées du féminisme peuvent présenter des **évolutions** diverses.

Le plus souvent il est *transitoire.* Il rétrocède quand la puberté s'établit et s'achève, soit spontanément, sans aucun traitement, soit à la suite d'une thérapeutique, à laquelle il convient de ne pas attribuer un trop grand rôle. A partir de dix-sept, dix-huit, dix-neuf ans, les manifestations qui le caractérisent régressent. Au terme de la jeunesse ou au début de l'âge adulte, les attributs de la virilité effacent les derniers vestiges de la féminité et le sujet devient un homme normal du point de vue physique, psychique, moral, sexuel ; il devient un excellent générateur, peut se marier et avoir des enfants.

Parfois, parvenu à l'âge adulte, le sujet *conserve des attributs somatiques et psychiques de la féminité.* L'homme est efféminé ; il peut présenter des *perversions sexuelles* et, entre autres, de l'*homosexualité.* Dans cette dernière éventualité, la puberté, qui est tardive, est incomplète ou imparfaite, au féminisme s'intrique le *juvénilisme.* Pour possible que soit cet aboutissement, il ne faut pas en exagérer la fréquence.

(1) Maranon (G.). Les état intersexuels à la puberté, *in* Laroche (Guy). *La puberté. Etude clinique et physio-pathologique.* Masson et Cie, Paris, 1938, p. 33.

(1) Nobécourt (Pierre). Quelques considérations sur l'infantilisme. L'infantilisme résulte de l'absence de puberté du fait de la carence des glandes sexuelles. *Gazette des Hôpitaux,* 114e année, n°s 75-76, 17-20 septembre 1941, p. 737.

LE FÉMINISME PRÉCOCE DE LA FILLE

Normalement, dès la naissance, l'organisme de la fille présente quelques attributs différents de celui du garçon. Jusqu'à cinq ou six ans, ces attributs restent discrets et somme toute, la morphologie des organes sexuels mise à part, les enfants des deux sexes sont très semblables.

A partir de six ans, tandis que le garçon ne se modifie guère, les caractères féminins s'installent peu à peu ; ils se précisent pendant les deux ou trois années qui précèdent la puberté et pendant l'évolution de celle-ci ; ils s'épanouissent pendant la jeunesse et au début de l'âge adulte. Pendant toute cette période la *féminité* se réalise progressivement.

L'installation des attributs majeurs de la féminité se fait soit plus ou moins tôt, soit plus ou moins tard, suivant les individus, sans sortir des limites des variations physiologiques.

Chez quelques enfants, elle est **prématurée ;** elle se fait bien avant l'âge habituel, pendant la moyenne et même la petite enfances. Alors une fille très jeune présente les attributs ou certains des attributs d'une « femme faite », du **féminisme précoce.**

Les faits de ce genre sont généralement qualifiés de *puberté précoce*, de *macrogénitosomie précoce*, à cause de l'instauration des règles et du développement somatique qui sont prématurés. Il me paraît préférable de les classer dans le *féminisme*, tel qu'il est défini ci-dessus, pour éviter la confusion avec d'autres faits, comparables en apparence, mais bien différents dans leur essence, et qui réalisent le *virilisme des filles* (1). La fille qui *présente du féminisme précoce* devient prématurément semblable à une femme, celle qui présente du *virilisme* devient semblable à un homme.

Le Féminisme précoce de la fille n'est pas exceptionnel.

Il s'installe parfois dès la deuxième ou la troisième années, le plus souvent de six à huit ans.

L'*accroissement statural* et *pondéral* s'exagère. La *taille* et le *poids* deviennent très supérieurs aux moyennes de l'âge. Une fille de quatre ans mesure 104 centimètres et pèse 22 kilos (Klatten), au lieu d'environ 92 centimètres et 14 kilos ; des filles de neuf ans mesurent et pèsent 135 centimètres et 29 kg. 500 (Klatten), 159 centimètres et 42 kilos (Pähl), au lieu de 120 centimètres et 23 kilos environ.

Les *seins* grossissent, les glandes mammaires se développent, les mamelons se forment et leurs aréoles se pigmentent.

La *toison pubienne*, puis les *toisons axillaires* poussent.

Les *grandes lèvres* s'épaississent, le *clitoris* grandit.

Le *psychisme* se modifie ; l'enfant se fait remarquer par sa *précocité intellectuelle*. La fille de neuf ans, observée par Pahl, qui a la taille d'une femme adulte, ne s'intéresse plus aux jeux de son âge, est coquette, remarque avec plaisir que les jeunes gens la regardent dans la rue, fait des réflexions au-dessus de son âge, remporte facilement des succès scolaires.

Un jour survient une *menstruation*. Puis tantôt les menstruations se répètent régulièrement, sont abondantes, tantôt des métrorragies se produisent sans régularité.

L'*examen de l'abdomen*, ne décèle aucun signe d'une affection de l'utérus ou de l'ovaire, ou bien fait découvrir une *tumeur de l'ovaire*.

L'avenir des filles présentant du féminisme précoce est différent suivant les causes et la thérapeutique dont elles sont justiciables.

Chez certaines, *la féminité est définitivement installée*. Descuret rapporte l'observation d'une fille réglée à partir de deux ans ; elle se marie à dix-sept ans, a neuf enfants, dont deux jumeaux ; elle a sa ménopause à cinquante-trois ans.

(1) Nobécourt (Pierre). Du virilisme des enfants et des jeunes gens causé par des altérations primaires des glandes sexuelles. *Journal de Médecine de Paris*, novembre 1941 et la *Médecine infantile*, novembre 1941, p. 317.

Comme dans le virilisme précoce du garçon, la croissance staturale s'arrête prématurément du fait de la soudure des cartilages de conjugaison ; la taille définitive est petite. On note également un arrêt du développement intellectuel, « d'où, suivant la remarque de L. Babonneix et E. Azérad (1), persistance fréquente d'une psychologie infantile ».

Chez d'autres, une intervention chirurgicale fait *régresser et même disparaître le féminisme*.

J'étudierai ces faits dans des prochains articles sur le *déterminisme et la thérapeutique du féminisme pendant l'enfance et la jeunesse.*

(1) Babonneix (L.) et Azérad (D.). Testicules et ovaires en tant que glandes endocrines, *in* Nobécourt (P.) et Babonneix (L.). *Traité de Médecine des enfants.* Masson et Cie, Paris, 1934, Tome I, p. 774.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Les glucosides de la feuille de digitale

Par M. L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

On s'est souvent posé la question de savoir à quels principes chimiques la feuille de digitale devait son activité. Sans être entièrement résolue, elle a été partiellement élucidée par les recherches récentes des chimistes et des physiologistes.

Longtemps, les médecins n'ont connu que la *Digitalis purpurea*, cette fleur que signalent déjà Columelle, in *Script. rei rusticae*, et Pline le Jeune, in *Epistulae*, et à laquelle les *Lettres de mon Moulin* font une si poétique allusion lorsqu'elles évoquent certain « pays noir où il y a des loups, et de grandes digitales de pour- « pre pleines de rosée jusqu'aux bords ».

Pour cette variété de digitale, il faut envisager successivement : la feuille *fraîche*, dont le principal glucoside, la *digitatine*, ne se trouve pas à l'état libre, mais combiné à une molécule de glucose, constituant ainsi le *Purpurea glucoside A*, dont l'activité est moindre que celle de la digitaline pure.

La feuille *sèche*, qui contient :

Trois glucosides cristallisés, chimiquement définis, peut-être combinés entre eux, au moins partiellement, et qui sont : la *digitaline*, la *gitaline* et la *gitoxine* ;

De petites quantités de « génines » (*digitaligénine, gitaligénine, gitoxigénine*) résultant du dédoublement de ces glucosides, et dont le taux augmente lorsque les feuilles sont desséchées ou conservées dans de mauvaises conditions, tandis que, dans les conditions inverses la digitaline est remplacée par le *Purpurea glucoside A* associé aux générateurs de la gitaline et de la gitoxine.

Depuis quelques années, l'attention a été attirée sur la *Digitatis lanata*, qui renferme trois glucosides : A (46 %), voisin de la digitaline, B (17 %) et C (37 %), isolés par Stoll, et dont le dernier, au moins, n'existe pas dans la *D. purpurea* et semble le plus actif (Stoll, Rothlin).

⁂

Les *propriétés physico-chimiques* de ces principes peuvent être ainsi résumées :

La *digitaline cristallisée* $C_{42} H_{64} O_{13}$ (*Syn. :* digitaloside, digitoxine) se présente sous forme de cristaux microscopiques ou de lamelles rectangulaires, inodores, très légers, blancs, très amers, provoquant l'éternuement quand on les respire, insolubles dans l'eau, le benzène, le sulfure de carbone, peu solubles dans l'éther, plus dans l'alcool à 90° et dans le chloroforme.

La *gitaline* et la *gitoxine* sont, la première, faiblement, la seconde, presque insolubles dans l'eau.

Les *glucosides A, B* et *C* de *D. lanata* forment un complexe cristallisé soluble dans l'eau. Le glucoside C peut être isolé : c'est surtout de lui qu'on s'est servi en médecine.

⁂

Nous dirons quelques mots de leur constitution chimique, en nous inspirant de l'*Abrégé de Pharmacologie* du Prof. M. Tiffeneau (Paris, 1941, in-8°, 5e édition, p. 72), car elle n'est pas sans intérêt pour le médecin.

Qu'il s'agisse de la digitaline et de ses associés ou du groupe auquel appartiennent l'ouabaïne et les strophantines, les gluco-



"ROCHE"

Ester diméthylcarbamique du m-oxyphényltriméthyl-ammonium-méthylsulfate

SYNTHÉTIQUE

PÉRISTALTIGÈNE

Atonie intestinale
et vésicale post-opératoire
post-partum et post abortum.

AMPOULES DE 1 cm3
Dosées à 1/2 mgr.

1 AMP DE 1 cm3 PAR VOIE S-CUT.
INDOLORE ET PLUS

ANTIMYASTHÉNIQUE

Myasthénie grave
Dystrophies musculaires
Myéloses (Bénerva "Roche")

COMPRIMÉS
Dosés à 15 mgr. Flocon de 20

6 A 10 COMPRIMÉS PAR JOUR
ET PLUS SELON LES CAS.

FHLRC

Produits **F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie** 10, rue Crillon, Paris (4e)

Toutes anémies et insuffisances hépatiques

HÉPATROL

Extrait de foie de veau frais

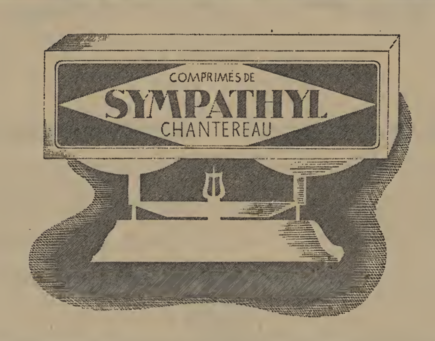
MÉTHODE DE WHIPPLE
Adultes et Enfants
sans contre-indications

Deux formes :
AMPOULES BUVABLES
AMPOULES INJECTABLES

ADMIS PAR LES MINISTÈRES
DE LA GUERRE, DE LA MARINE
ET DES COLONIES

LABORATOIRES ALBERT ROLLAND
4, Rue Platon, 4
PARIS (XVe)

HÉMET - JEP - CARRÉ - PARIS



Un bon équilibre
du système vago-sympathique
assure
une vie bien équilibrée

SYMPATHYL

3 à 8 comprimés par jour

FORMULE
Extrait spécial de cratægus . . 0,06
Phénylméthylmalonylurée . . 0,01
Extrait de boldo. 0,01
Hexaméthylènetétramine. . . 0,06
Peptone polyvalente. 0,03

Laboratoire du
SYMPATHYL
INNOTHÉRA (ARCUEIL-PARIS)

MODE D'EMPLOI
3 à 8 comprimés
par jour, de préférence
avant les repas

sides de cette classe, dits *glucosides digitaliques*, possèdent un caractère commun : ce sont tous des glucosides non azotés formés, d'une part, de plusieurs molécules d'un sucre (*polyose*) inactif sur le cœur, de l'autre, d'une *copule* active, dite *génine* ou *aglucone*, constituée par un même squelette cyclopentanophénanthrénique (noyau cholanique) à 17 atomes de carbone, analogue à celui des stérols et des sels biliaires et comprenant quatre noyaux : trois hexagonaux disposés comme dans le phénanthrène (A, B et C) et un terminal, pentagonal (D). Sur ces 17 atomes se greffent diverses substitutions, parmi lesquelles :

1° Un ou plusieurs OH, dont l'un au moins fixe les glucides pour former les glucosides ;

2° Un anneau lactonique non saturé C, responsable de l'action cardiotonique et qui, pour la digitaligénine, est constitué par quatre atomes de C et une double liaison. C'est par le nombre, la nature et la position des groupes substituants que se distinguent les uns des autres les divers glucosides cardiotoniques.

***

On connaît l'action cardio-vasculaire des digitaliques en général. A *doses moyennes*, ils possèdent cinq actions principales :

1° *Action bathmotrope* (bradycardie), liée à l'augmentation des terminaisons intracardiaques qui, par voie réflexe, entretiennent le tonus du nerf vague, considéré, de tout temps, comme le nerf chargé de ralentir les battements cardiaques : une expérience célèbre de Traube montre, en effet, que l'action ralentissante de la digitale sur le cœur ne se produit plus après section du vague ;

2° *Action inotrope positive* (augmentation de la contractilité), plus marquée pour l'ouabaïne et la strophantine que pour la digitale ;

3° *Action bathmotrope positive* (augmentation de l'excitabilité des centres hétérotropes), d'où production d'extra-systoles ;

4° *Action dromotrope négative* (diminution ou blocage de la conductibilité du faisceau de His), plus marquée pour la digitale que pour l'ouabaïne et pour les strophantines, d'où contre-indication de la digitale dans le blocage partiel ; inversement, lorsqu'il y a blocage complet, la même substance isole le ventricule, d'où son emploi dans l'arythmie complète ;

5° *Action hypertensive*, due à l'amélioration du fonctionnement cardiaque et à la vaso-constriction.

A *doses fortes*, ces effets peuvent s'exagérer ou même s'inverser.

Il est encore malaisé de fixer les propriétés spéciales à chacun des glucosides digitaliques. Les seuls points acquis sont les suivants :

1° La *digitaline*, presque insoluble dans l'eau, peu diffusible, d'action lente, se fixe solidement sur la fibre cardiaque, si bien que son action est plus durable que celle de l'ouabaïne ou de la strophantine.

2° L'ouabaïne et les strophantines, solubles dans l'eau, plus diffusibles, sont plus rapidement actifs, mais leur fixation cardiaque est moins solide et leur stabilité moindre, surtout si on les administre par voie buccale, étant donné qu'ils sont rapidement dédoublés dans l'estomac.

3° La formule du Prof. H. Vaquez reste donc toujours vraie. A-t-on besoin d'une action immédiate, comme en cas d'œdème pulmonaire aigu, c'est à l'ouabaïne en injections intraveineuses qu'il faut s'adresser. Veut-on des effets plus durables, la digitaline reprend tous ses droits.

4° Notons, toutefois, que, d'après le Prof. Ch. Aubertin et M. Guy Le Sueur (*Presse Médicale*, 1941, n° 19-20, pp. 235-236), les effets du complexe glucosidique extrait de la *D. lanata* (diginalide, lanatine), et surtout de son glucoside C, en injections intraveineuses, sont plus intenses et plus rapides que ceux de la digitaline : aussi devra-t-on préférer celui-là à celle-ci, pour le traitement d'attaque, dans certaines asystolies sévères, où elle détermine, entre autres effets heureux, une importante diurèse (L. Michaud, Ch. Aubertin et Guy Le Sueur).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 7 janvier 1942. — Jury : MM. Tanon, Léon Binet, Sureau, Lenègre. — M. Sztern. Intoxications alimentaires et oxyde de carbone.

Mercredi 21 janvier. — Jury : MM. Baudouin, Lœper, Alajouanine, Lemaire. — M. Lemaire. Contribution à l'étude du syndrome de Morgagni-Morel.

Jeudi 22 janvier. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Delay, Sureau, Cachera. — Mlle Masson. Ostéopathies complexes chez l'enfant. — M. Dibra-Menzelxhiu. Psychoses dans les camps de concentration.

THESE VETERINAIRE

Mercredi 21 janvier. — Jury : MM. Binet, Bressou, Letard. — M. Lefèvre. L'élevage en France à la fin du xviiie siècle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 24 novembre 1941

Pas de communication d'ordre médical.

Séance du 1er décembre 1941

La nicotinamide dans le lait de la femme. — M. André Lwoff, Mlle Madeleine Morel et M. Louis Digonnet.

Recherches expérimentales sur la peste. L'infection de la puce de l'homme. Pulex irritans. — MM. Georges Blanc et Marcel Balthazard. — La puce s'infecte sur les malades à la période agonique. Elle reste infectée pendant 21 jours au moins. Les déjections de puces infectées sont virulentes et peuvent transmettre la peste par la voie muqueuse.

Election du vice-président. — M. Gabriel Bertrand est élu à l'unanimité vice-président pour 1942 ; il sera président en 1943.

Séance du 8 décembre 1941

Présence de tocophérol (vitamine E) **dans l'huile de ricin. Titre de l'huile en cette vitamine.** — M. Jean Langlois.

Sur un nouveau milieu de culture pour l'obtention des toxines microbiennes. Application à la production de la toxine diphtérique et de la toxine staphylococcique, en vue de la préparation des anatoxines correspondantes. — M. G. Ramon, Mlle Germaine Amoureux et M. J. Pochon.

Recherches expérimentales sur la peste. L'infection du pou de l'homme. — MM. Georges Blanc et Marcel Balthazard.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 27 janvier 1942

Rapport au nom de la Commission des Produits de remplacement (*au sujet du jus de raisin*). — M. Tanon. — L'Académie a été consultée sur la possibilité d'ajouter un antiseptique au jus de raisin en vue de sa conservation.

Sur la proposition de M. Tanon, l'Académie donne un avis défavorable à toute demande de ce genre au moins en ce qui concerne le jus de raisin.

Rapport au nom de la Commission du rationnement alimentaire (*au sujet des exercices physiques*). — M. Ch. Richet, au nom de la Commission, montre la nécessité impérieuse qu'il y a à limiter *temporairement* le nombre, la nature et la durée des exercices physiques dans les écoles, lycées, etc., tant que durera la restriction.

Actuellement, la ration calorique fournie par la carte A est de l'ordre de 1.100-1.200 calories. Si l'on tient compte des aliments non soumis à la restriction, elle est de l'ordre de 1.700-1.800 calories. Or, les besoins alimentaires de l'adulte sont de l'ordre de 2.400 calories. C'est dire que nos recettes n'équilibrent pas nos dépenses. Le déficit est de 20 à 25 %.

D'autre part, les exercices sportifs forcent l'organisme à dépenser une grande quantité d'énergie, de 200 à 500 calories par heure, suivant leur nature ; cette dépense ne peut être couverte que par une alimentation plus forte qui doit être prélevée sur le ravitaillement commun déjà déficitaire et de plus en plus restreint. Cela constitue un contresens social.

Faire actuellement du sport, c'est prélever le pain de ceux qui n'en ont déjà pas assez ou, sous une forme non correcte, grammaticalement mais exacte : actuellement *le sport c'est le pain des autres*.

En effet, l'auteur a calculé que, dans une partie de rugby, les deux équipes effectuent une dépense globale d'énergie équivalente à celle qui est développée par l'alimentation actuelle de treize hommes pendant vingt-quatre heures. Une heure d'éducation physique effectuée par un groupe de dix enfants exige une dépense d'aliments qui permettrait de nourrir un onzième enfant pendant un jour entier. Aussi la Commission propose-t-elle à l'Académie un vœu tendant à obtenir l'interdiction momentanée des sports de force et des exhibitions.

Quant aux sports ou exercices physiques pratiqués dans les collèges, les lycées et les écoles, leur temps devrait être limité à une heure par semaine et ils devraient être facultatifs.

Le vœu est adopté.

A propos de la loi du 31 décembre 1941. — M. Balthazard étudie la loi du 31 décembre 1941 relative à l'organisation de l'Ordre des Médecins. Il se félicite des modifications qui ont été apportées, notamment au sujet du Code de déontologie.

1° Vaccination antipoliomyélitique expérimentale.

2° Etude de la poliomyélite expérimentale de la souris. — M. Levaditi.

Les effets des carences alimentaires sur certains éléments du sang. — MM. Girard, Louyot et Verain (présentation faite par M. Rouvillois). — Ces recherches, entreprises dans un groupement ouvrier dont les membres sont soumis à des conditions de vie matérielle pratiquement comparables, présentent, de ce fait, un grand intérêt et devront être poursuivies chez les mêmes sujets aussi longtemps que possible.

Qualité hygiénique du lait faisant l'objet de distributions spéciales. — M. Thieulin (G.). — Les opérations de contrôle hygiénique effectuées au cours du printemps et de l'été 1941 ont fait apparaître que le lait livré aux établissements hospitaliers était aussi malpropre et contaminé que le lait du commerce, et que le lait écrémé livré aux écoles était nettement plus malpropre et plus contaminé que le lait ordinaire.

Une production défectueuse, une répartition qui ne tient pas compte de la qualité du produit et de sa destination, une réfrigération imparfaite ou nulle : telles sont les raisons de cet état de choses.

L'auteur propose que la fourniture de lait aux établissements hospitaliers fasse l'objet d'un cahier des charges, et que le lait écrémé livré aux écoles provienne d'un lait frais et soit effectivement pasteurisé ; il rappelle que Ch. Porcher avait, en 1917, préconisé l'obtention de lait écrémé, frais, pasteurisé, puis concentré à la moitié de son volume afin d'éviter le transport inutile d'un poids important d'eau, ce lait écrémé « double » pouvant apporter aux enfants et aux adultes le complément cherché d'une ration alimentaire insuffisante.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1942

Un cas de septicémie à perfringens post-abortum. — M. Welti.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme splénomégalique. — M. Malgras. — M. L. Bazy rapporte cette observation dans laquelle le diagnostic fut fait sur une biopsie cutanée. Les mêmes lésions furent retrouvées au niveau de la rate enlevée chirurgicalement.

Luxation sous-astragalienne récente du pied en dedans. Réduction sans anesthésie. Bons résultats fonctionnels. — MM. Giraud et Kliszowski. — Rapport de M. Sauvé.

Blocages tendineux digitaux. — M. J.-P. Grinda. — M. Fèvre rapporte ce travail basé sur quatre observations ; trois cas opérés furent guéris par incision de la gaine. La lésion réside dans la présence d'un nodule tendineux qui gêne le glissement du tendon dans sa gaine.

Gastrectomie ou gastro-entérostomie. — M. Métivet défend la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère du duodénum et même de la petite courbure, à condition qu'elle soit exécutée parfaitement au point de vue technique.

M. Hartmann a relevé les résultats de son expérience pendant quatre ans à l'Hôtel-Dieu ; au point de vue immédiat, les résultats de la gastrectomie paraissent meilleurs. Mais il estime que trop souvent la gastro-entérostomie porte le poids d'une mauvaise technique.

M. Bréchot rappelle qu'il existe autour d'ulcères des lésions de gastrite et qu'il est donc logique de les enlever avec l'ulcère. Au cours d'une gastrectomie, il faut savoir se limiter dans l'étendue de l'exérèse.

M. Sénèque estime que la question de mortalité ne joue plus en faveur de la gastro-entérostomie.

Il estime qu'en cas d'ulcère de la petite courbure, le risque de cancérisation doit faire pencher la balance en faveur de la gastrectomie. En cas d'ulcère du duodénum, on laisse au malade une lésion qui peut donner des accidents, hémorragies en particulier.

Sur la gastrectomie totale. — M. Sénèque discute les indications opératoires de cette intervention ; indications de nécessité absolue en cas de cancer diffus de l'estomac ; indications de nécessité relative en cas de lésions très hautes de la petite courbure.

Présentation des radiographies d'une spondylolyse de L_4. — M. Delbray, M. Moulonguet.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 janvier 1942

Allocutions du nouveau président : M. Ribadeau-Dumas ; du secrétaire général : M. Huber.

Discours de M. Lœper, président sortant ; de M. Claude Gautier.

Puis M. Mollaret présente une communication de quatre auteurs lyonnais, MM. Devic, Fromont, Lesure, Deverne qui rapportent trois cas de **myopathies** indiscutables vérifiées à la biopsie, associées à une hyperthyroïdie certaine et qui ont manifestement régressé après l'exérèse du goître, tandis que s'amen-

SOCIETE DE CARDIOLOGIE

Séance du 21 décembre 1941

Un nouveau cas d'intoxication digitalique massive terminée par la guérison. — MM. J. Lenègre et Ch. Bach.

Les images radiologiques scissurales chez les cardiaques. — MM. Ch. Laubry, J. Lenègre et Ch. Bach. — Parmi les nombreux aspects radiologiques des poumons « cardiaques », les opacités scissurales méritent de retenir l'attention par leur fréquence et leur diversité dont vingt-deux radiographies tirées chez douze malades donnent des exemples typiques.

A côté des lignes et bandes scissurales (rectilignes, arciformes ou brisées, horizontales ou obliques, uniques, bifides ou doubles) qui s'observent chez la moitié environ des cardiaques arrivés au stade d'insuffisance cardiaque, on peut rencontrer beaucoup plus rarement des images de diagnostic embarrassant si l'on n'en connaissait les principaux aspects :

— Opacité diffuse du tiers inférieur du champ pulmonaire droit, qu'il faut distinguer d'un œdème pulmonaire subaigu localisé à la région périscissurale et au lobe inférieur droit, d'ailleurs souvent associé ; les radiographies de profil montrent la topographie scissurale.

— Opacité elliptique suspendue en forme de lentille biconvexe inclinée en bas et en dehors, vraiment caractéristique de la pleurésie interlobaire.

— Opacité en raquette dont la bande scissurale représente le manche.

— Opacités ovoïdes ou arrondies, très régulièrement sphériques, pseudo-kystiques, tantôt uniques (mesurant dans un cas six centimètres de diamètre), tantôt multiples ; on évitera de les mettre sur le compte d'une tumeur ou d'un infarctus parce qu'entre autres caractères elles ont une homogénéité remarquable, une limite nette comme tracée au compas et une certaine plasticité qui fait qu'elles se déplacent ou se déforment légèrement dans les changements de position du malade et dans les mouvements respiratoires forcés (surtout à l'inspiration).

Toutes ces images doivent être examinées par des radioscopies sous différentes incidences, qui complètent des films pris dans les meilleures positions (face, profil droit, O. A. D.).

Elles s'accentuent, s'épaississent et leur limites deviennent floues quand s'aggrave l'insuffisance cardiaque. Elles se limitent, s'affinent et parfois disparaissent quand s'établit la crise urinaire et s'améliore la défaillance cardiaque dont elles sont, en somme, directement solidaires. Les épanchements interlobaires, en particulier, peuvent disparaître en quelques jours sans laisser de traces, au même titre qu'une pleurésie de la grande cavité qui coexiste parfois avec eux.

Ce qui achève de caractériser ces opacités scissurales, c'est leur siège constamment à droite, et c'est leur survenue tardive au stade d'insuffisance cardiaque avec manifestations pleuro-pulmonaires (dont elles sont une modalité). Chez douze malades, huit hommes et 4 femmes, âgés de 26 à 66 ans, la « décompensation » était manifeste, consécutive cinq fois à une cardiopathie rhumatismale ancienne, sept fois à une affection artérielle (aortite syphilitique ou athéro-sclérose artérielle). Huit fois coexistait un œdème pulmonaire aigu ou subaigu. Et cette association habituelle permet d'assimiler le plus souvent l'épanchement interlobaire à un œdème subaigu de la plèvre, cloisonné dans l'interlobe par des adhérences antérieures.

Résultats de la péricardectomie dans deux cas de péricardite constrictive. — MM. A. Bergeret, J. Lenègre et S. Thieffry. — Les deux malades, deux adolescents hypotrophiques de 18 et 20 ans, ont subi une résection du péricarde pariétal (fibreux et séreux) de la face antérieure des deux ventricules et de la pointe.

Le premier cas concerne une péricardite calcifiante compliquée d'un syndrome de Pick et d'un état d'infantilisme statural, génital et intellectuel. L'opération a été faite, le 18 juillet dernier, dans les plus mauvaises conditions, à un stade avancé de très grande insuffisance cardiaque avec anasarque. Elle a été facilitée par la persistance de la cavité péricardique. Elle a été suivie d'une recrudescence passagère de la défaillance cardiaque, puis d'une amélioration progressive et rapide qui équivaut presque à une guérison. Le syndrome de Pick a rétrocédé en quasi-totalité, bien que l'abouchement de la veine cave inférieure n'ait pas été libéré. L'infantilisme a régressé.

Le deuxième cas concerne un malade du service de M. R. Debré. Il avait une symphyse intra et extra-péricardique semée de plaques calcaires à laquelle s'associait une hypotrophie staturale et pondérale avec retard sexuel discret. Malgré la dyspnée, la cyanose, les œdèmes des membres inférieurs, il n'y avait ni syndrome de Pick manifeste, ni grande insuffisance cardiaque. L'opération pratiquée le 15 octobre dernier a été suivie d'un hémopneumothorax et d'une poussée transitoire de défaillance cardiaque. Mais, en quelques semaines, la situation s'est améliorée si franchement que deux mois seulement après l'intervention le malade commence à reprendre une existence presque normale.

Il est trop tôt pour préjuger des résultats éloignés de deux péricardectomies qui n'ont pas pu être totales et qui laissent subsister

DIURÈNE

EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
INSUFFISANCES VENTRICULAIRES
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

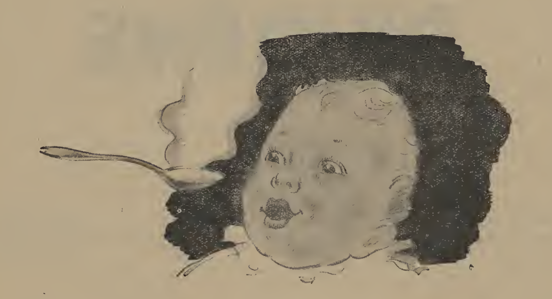
LABORATOIRES CARTERET, 15, R. D'ARGENTEUIL, PARIS

LA PHARMACIE
A. BAILLY
EST LA PHARMACIE DU
MÉDECIN

TOUTES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES
ACCESSOIRES • ANALYSES MÉDICALES
ORDONNANCES

15, Rue de Rome, PARIS (8e) — Téléphone : LABorde 62-30

Publ. J. Bazaine



A 5 mois, sa première bouillie

Préparée à l'eau et additionnée de lait par moitié, la farine lactée **diastasée** SALVY permet dès le 5e mois de **compléter l'allaitement** de l'enfant par l'apport d'un aliment riche en hydrocarbones éminemment digestible et bien assimilable.

La farine lactée **diastasée** SALVY facilite la préparation du sevrage et y conduit sans troubles digestifs.

FARINE ★
LACTÉE DIASTASÉE
SALVY



★ Aliment réserve aux consommateurs des catégories E, J 1, et V, contre ticket N° 7, ou tickets de pain.

dans l'un des cas quelques calcifications du péricarde. Mais il est évident que, à côté de certaines péricardites constrictives stabilisées, fixées (dont les auteurs présentent un cas nouveau), il est des formes évolutives qui s'aggravent vite comme chez le premier malade, plus lentement comme chez le second. Ce sont ces formes progressives qui sont justiciables d'une péricardectomie qu'il y a avantage à faire précocément, avant l'apparition de l'inéluctable défaillance cardiaque.

Cardiopathie avec cyanose et éosinophilie terminales. — MM. Duvoir, Poumeau-Delille, Derobert et Mlle Lindeux.

A propos d'une image médiastinale ayant conduit au diagnostic d'ectasie aortique. — M. G. Baumard (d'Angers). — Un mégaœsophage caractérisé cliniquement par une paralysie réeurrentielle, a pu en imposer après examen radiologique pour une ectasie de l'aorte descendante et une opacification de l'œsophage, toujours nécessaire pour préciser le contenu d'un médiastin anormal, a montré l'existence d'un élargissement considérable du conduit digestif. A ce propos, l'auteur a indiqué les causes du cardiospasme originel, les difficultés de diagnostic d'une affection souvent latente ou exprimée par des phénomènes douloureux rapportés indûment à des troubles cardio-vasculaires.

Anévrysme du sinus de Valsalva. — MM. R. Bénard et Poumailloux, à propos de l'observation de M. Baumard présentent une image radiologique qu'ils considèrent comme celle d'un *anévrysme du sinus de Valsalva.*

Flutter auriculaire et insuffisance cardiaque. — MM. C. Lian, I. Facquet et R. Le Bozer. — Les rapports de l'insuffisance cardiaque et du flutter auriculaire constituent un problème dont la solution rencontre quelques difficultés. Certains flutters, même prolongés, sont bien tolérés. Inversement, il est des cas où les signes d'insuffisance cardiaque sont peu modifiés malgré la disparition du flutter.

Les auteurs rapportent trois observations dans lesquelles la cure du flutter a entraîné une disparition rapide, complète, vraiment spectaculaire, de l'insuffisance cardiaque. Il apparaît donc, sur le plan clinique, que le flutter a, dans certains cas, une influence considérable sur la genèse de l'insuffisance cardiaque.

Les auteurs rappellent brièvement les bons résultats et la technique de la cure digitalique intensive dans le traitement du flutter auriculaire.

Quelques observations sur l'action d'un extrait de foie sur le cœur. — Mme Dobrovolskaïa.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 27 décembre 1941

Recherches sur le chimiotactisme leucocytaire. Etude du pouvoir chimiotactique de quelques haptènes polysaccharidiques microbiens. — MM. A. Delaunay, R. Sarciron et Mme V. Leboult signalent que les haptènes polysaccharidiques de différents antigènes glucido-lipidiques (typhique, paratyphique B, Shiga, Colibacille, Flexner), injectés dans la peau du cobaye, sont doués d'une activité chimiotactique nette vis-à-vis des polynucléaires. Ce pouvoir chimiotactique, de même ordre que celui du polysaccharide staphylococcique, nettement plus élevé que celui du glycogène, est extrêmement marqué avec la dose de un milligramme et disparaît pratiquement au 1/1.000e de milligramme.

Absence d'antigène glucido-lipidique chez le bacille de la peste et celui de la pseudo-tuberculose. — M. G. Girard.

Recherches bactériologiques sur la spondylite porcine. — MM. S. Verge et G. Monoury, sur 25 pores avec lésions de spondylite, ont trouvé quatorze fois le bacille tuberculeux et six fois des germes de la suppuration ; *Brucella abortus* n'a pu être décelé en aucun cas.

Mise en évidence de propriétés excitantes de l'acide ascorbique vis-à-vis du système nerveux. — M. Paul Chauchard montre que la vitamine C se comporte, en dehors de toute carence, comme un excitant des centres nerveux encéphaliques, ce qui explique, en particulier, ses heureux résultats dans les asthénies de toutes origines.

Action de la globine sur la réaction de diazodétection indirecte de la bilirubine. — MM. Noël Fiessinger, Gajdos et M. Polonovski.

Séance du 10 janvier 1942

Les effets, chez le singe, de l'ablation unilatérale des lobes préfrontaux. — MM. R. Messimy et R.-J. Chevallier montrent que l'ablation unilatéarle des lobes préfrontaux chez le singe entraîne une libération d'activité des centres sous-corticaux, analogue à celle observée après ablation préfrontale bilatérale, mais plus atténuée ; certains symptômes ont une prédominance unilatérale.

Action favorisante de la thyroxine sur le développement des vésicules séminales des souris castrées traitées par le propionate de testostérone. — M. F. Caridroit et Mlle L. Arvy.

Hyperlacticémie provoquée chez l'individu normal au cours du diabète simple. — MM. R. Rathery, M. Rangier et P.-M. de Traverse signalent que, chez l'individu normal, l'absorption de glucose provoque une hyperlacticémie dont la courbe est, en général, sensiblement parallèle à celle de l'hyperglycémie.

Au cours du diabète simple, l'hyperlacticémie est plus irrégulière, se produit avec un certain retard sur l'hyperglycémie et revient plus lentement à la normale, ce qui témoigne de la lenteur des processus enzymatiques chez le diabétique.

Hyperlaticémie provoquée au cours du diabète consomptif. — MM. F. Rathery, M. Rancier et P.-M. de Traverse n'ont retrouvé chez le diabétique consomptif, aucun rapport entre l'hyperlacticémie et l'hyperglycémie, ce qui s'explique par le trouble métabolique profond, qui touche à la fois la glycolyse et les différents facteurs de disparition de l'acide lactique.

Le traitement insulinique peut faire réapparaître le parallélisme entre l'hyperlacticémie et l'hyperglycémie, en même temps qu'il ramène le métabolisme à la normale.

Election. — M. Lépine est élu membre titulaire de la Société de Biologie.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 novembre 1941

A propos de l'étranglement par torsion de l'appendice iléo-cæcal. — M. Thevenard.

Fréquence des fractures du col du fémur. — M. Guillot.

A propos des anastomoses cholédoco-duodénales dans le traitement des lithiases biliaires. — M. H. Milhiet.

A propos de la hernie crurale étranglée. — M. P. Le Gac. — Pour examiner la région crurale, il y a intérêt à mettre la jambe pendante, genou fléchi, de façon à mettre la cuisse en *hyperextension.* C'est là, également, une excellente position pour les premiers temps de l'opération, dissection du sac, cure du sac péritonéal (passage des fils entre pectiné et arcade crurale). Avant de serrer les fils on ramène la jambe à sa position normale, les nœuds se font sans tirailler les fils. Ce n'est qu'un petit truc, mais il est utile.

Ménisque discoïde et genou à ressaut. — MM. Masmonteil et J. Vautier.

Tumeur enclavée du petit bassin simulant un fibrome en réalité tumeur du mésentère. — M. P. Le Gac.

NOTES POUR L'INTERNAT

FIÈVRE DE MALTE

SIGNES ET DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

C'est la première connue des brucelloses, concept qui tend à se substituer à celui de fièvre de Malte. Elle a un très grand polymorphisme symptomatique.

Type de description : *La fièvre ondulante sudoro-algique.* L'incubation est de 6 à 20 jours.

Début : insidieux, progressif et lent, marqué par la céphalée, l'insomnie, l'inappétence, la fatigue, l'ascension thermique progressive avec rémission matinale.

La période d'état est caractérisée par :

1° *La fièvre* qui peut présenter des types très divers :

Type ondulant : la courbe thermique décrivant des ondes s'étalant chacune sur 8 à 10 jours, séparées par une apyrexie complète de 2 à 3 jours. Les ondes se succèdent ainsi plus ou moins régulières pendant des semaines, des mois, devenant très irrégulières lors des complications ;

A côté de ce type ondulant, on peut observer les types les plus divers : continue, pseudo-palustre, types divers se succédant réalisant la fièvre folle ;

La fièvre peut être très peu marquée, elle peut même manquer.

2° *Les sueurs* très abondantes.

3° *Les douleurs* se manifestant après un certain temps d'évolution ; elles sont souvent intermittentes, survenant par flambées. Elles peuvent être :

a) *Articulaires.* — Siège : mono ou pauci-articulaires, atteignant les genoux, les épaules, les chevilles, et plus particulièrement les articulations sacro-iliaques et vertébrales.

Elles peuvent s'accompagner ou non de signes physiques : épanchement séreux ou purulent.

Elles sont généralement passagères, allant d'une articulation à l'autre, mais surtout quand elles surviennent tardivement elles ont tendance à se localiser sur une seule articulation ;

b) *Névralgiques :* faciales, occipitales, intercostales et surtout sciatiques ;

c) Par ailleurs : hyperesthésie cutanée plantaire ; myalgie : lumbago ; ostéalgies : os iliaque, sacrum, apophyses épineuses du tibia ; douleur à type de cellulite.

4° *Symptômes généraux :* l'altération de « l'état général » est très variable, la tolérance du malade est parfois remarquable, la pâleur seule est assez constante, le pouls est en rapport avec la température ; les signes digestifs sont peu marqués, la constipation est habituelle.

5° *Symptômes physiques :* la langue est saburrale, la gorge rouge ; parfois on voit sur un pilier antérieur une ulcération allongée analogue à l'angine de Duguet.

Le foie et la rate sont augmentés de volume. Aux poumons on perçoit des ronchus et des sibilances, parfois quelques râles fins aux bases ou aux sommets.

Devant cette pyrexie prolongée s'accompagnant de sueurs, de douleurs :

On complète l'examen par :

a) La numération et la formule leucocytaire qui montre une anémie, un nombre de globules blancs normal ou diminué avec une augmentation des lymphocytes et des monocytes ;

b) L'hémoculture ;

c) Le séro-diagnostic ;

d) L'intra-dermo réaction.

EVOLUTION

La fièvre de Malte est généralement de longue durée : 3 à 5 mois en moyenne, pouvant atteindre 2 ans. Au cours de cette évolution, l'asthénie, l'amaigrissement s'accentuent. Il faut être prudent avant d'affirmer la guérison, une reprise de la fièvre pouvant survenir après une apyrexie prolongée.

LES COMPLICATIONS

Sont considérées comme très fréquentes par les auteurs méridionaux. Pour ces auteurs, elles sont souvent au premier plan du tableau clinique, permettant d'individualiser des formes particulières.

1° *Génitales : orchites,* uni ou bilatérales durant 15 jours, 3 semaines, guérissant sans séquelles, suppurant très rarement ;

Ovarites : la dysménorrhée, les métrorragies ont été considérées comme signes d'ovarite chez la femme ;

2° *Ostéo-articulaires :* pouvant prendre une allure subaiguë trainante ; particulièrement fréquentes sont les localisations :

Coxofémorales : pseudo-coxalgie ;

Vertébrales : mal de Pott mélitococcique avec signes cliniques et radiologiques, mais guérison rapide ;

3° *Nerveuses : méningo-encéphalites* avec :

a) Phénomènes paroxystiques, convulsions, aphasie, amaurose transitoire, hémi-chorée, tremblement ;

b) Etat mental particulier : indifférence affective, euphorie, troubles de la mémoire ;

c) Un symptôme important : la surdité associée ou non à d'autres manifestations labyrintiques ;

d) Les signes d'atteinte méningée sont discrets ;

e) Les signes neurologiques discrets également ;

f) Le liquide céphalo-rachidien légèrement xanthochromique présente une *forte réaction* cyto-albumineuse.

Ces méningo-encéphalites guérissent généralement en quelques mois.

Médullaires, trois types :

— Paraplégie flasque rapidement mortelle ;

— Paraplégie spasmodique pouvant guérir sans séquelle ;

— Paraplégie fruste avec quelques signes pyramidaux.

Radiculaires et *névritiques :* la sciatique est particulièrement fréquente.

Méningites survenant isolément ou compliquant les atteintes nerveuses. Elles prennent parfois le type d'arachnoïdite cloisonnée.

A côté de ces trois grands ordres de complications génitales, ostéo-articulaires, nerveuses, les plus classiques, on peut encore observer des :

Complications respiratoires, avec foyers d'hépatisation, pleurésies avec épanchement ;

Complications hépatiques réalisant soit une simple augmentation de volume du foie mou et douloureux, soit un ictère, soit un aspect cirrhotique.

Hémorragies muqueuses ou cutanées de mécanisme varié, avec ou sans trouble de la crase sanguine.

Quant aux autres complications :

Rénales : albuminurie, azotémie ;

Cutanées : Rashs.

Cardiaques : endo ou péricardite.

Elles sont exceptionnelles.

Toutes ces complications, dans l'ensemble, finissent par guérir, mais elles allongent désespérément l'évolution de la fièvre de Malte.

Formes cliniques : innombrables.

Selon le *type fébrile :* ondulante, remittente, continue, apyrétique.

Selon l'*évolution :*

Forme subaiguë, très prolongée ;

Formes aiguës malignes : frissons, température à 40°, état typhique, douleurs intenses, mort dans l'hyperthermie.

Formes frustes : décelées par des examens systématiques, très fréquentes dans certaines régions où il y a plus d'infectés que de malades.

Formes selon la prédominance d'un symptôme : on sait la tendance actuelle de la maladie à se localiser sur un organe : formes hépatique, nerveuse, ostéo-articulaires, pseudo-coxalgiques, pseudopottiques, pulmonaire.

Formes associées : à la tuberculose pulmonaire, à la fièvre typhoïde.

Formes de la femme enceinte : on peut observer l'avortement.

Le pronostic est très variable suivant la forme clinique. La mortalité est en moyenne de 4 à 6 %.

A) Le diagnostic positif repose sur :

1° *Les caractères cliniques et hématologiques ;*

2° *La notion d'endémo-épidémicité*, d'avortement épizootique, la recherche d'une contamination possible par *ingestion* de lait cru, de fromages provenant d'animaux malades ; *par voie cutanée surtout* d'où le caractère professionnel de l'affection dans les métiers où l'on est amené à approcher les bovidés, les ovins, les caprins, l'espèce animale ne permettant pas de préjuger de la variété de Brucella ;

3° *L'hémoculture* qui sera faite sur bouillon ordinaire en milieu anaérobie, en milieu riche en CO^2. La culture pousse lentement, il faut garder parfois les tubes trois semaines à l'étuve. Elle met en évidence un bacille court coccoïde immobile, Gram négatif, agglutinable par sérum expérimental. On identifiera le Mélitensis par l'étude des caractères d'Huddleson ;

4° *Le séro-diagnostic* positif au bout de 15 jours 3 semaines, n'a de valeur que lorsqu'il dépasse le 1/150e. On le répète au besoin de 8 jours en 8 jours. Il ne manque que dans 10 à 20 % des cas ;

5° *L'intradermo-réaction* avec une bonne Mélitine, contrôlée par un témoin, peut apparaître dès le 9e jour ou plus tardivement ; elle a une grosse valeur pour la conduite du traitement.

La réaction de déviation du complément est peut employée en France.

B) Le diagnostic différentiel peut être discutée avec les diverses *pyrexies prolongées* dans la forme sudoro-algique : fièvre typhoïde à rechute, typho-bacillose, maladie d'Osler, diverses septicémies à strepto, à méningo, qui eux aussi, atteignent volontiers les articulations ; rhumatisme articulaire aigu, maladie de Hodgkin dont la fièvre est souvent ondulante.

Ces formes localisées peuvent faire discuter : une névraxite, une méningite tuberculeuse, un ictère infectieux, une tuberculose pulmonaire.

Quant au diagnostic de la fièvre de Malte avec les autres brucelloses, il n'est possible que par l'étude du germe isolé par hémoculture en précisant les caractères d'Huddleson. On sait, actuellement, l'étroite parenté du Mélitensis et du bacille de Bang, les agglutinations croisées, les cas humains d'infection à bacille de Bang, la possibilité d'infection à Mélitensis chez les bovidés infectés au voisinage des ovins ou des caprins ; l'extension vers le nord des brucelloses à Mélitensis ; l'extension vers le sud des brucelloses à bacilles de Bang ; la généralisation de l'infection à toute l'Europe ; le rôle à peu près analogue. En France, les infections à bacille de Bang seraient peut-être moins sévères.

Quant au bacillus abortus suis Il n'a pu encore être individualisé chez l'homme en Europe.

A. de Lignières,

Traitement des Affections pulmonaires aiguës et chroniques de l'Appareil respiratoire

PAR LES VACCINS

ANTI-ASTHMATIQUE : Asthme, Emphysème, Bronchite, Catarrhe des gazés.

ANTI-PNEUMONIQUE : Pneumonie. Broncho-pneumonie, des enfants et des vieillards.

ANTI-GRIPPAL : Grippe et complications : Otites, Sinusites.

Ces *vaccins*, établis sur des données scientifiques nouvelles sont des *vaccins adaptés*, c'est-à-dire des vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades. Ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le *vaccin antigrippal* donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne ; le pourcentage des guérisons dépasse 90 p. 100. Le vaccin antigrippal est employé à *titre préventif* de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs évite la contagion.

En présence d'une grippe sérieuse avec ou sans localisations pulmonaires, injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales suppuratives : otites, sinusites, mastoïdites, pleurésies, etc. ; il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur les traitements des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée du vaccin arrête complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin antiasthmatique*, préparé selon les mêmes méthodes, amène la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur Minet à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un bon nombre de cliniciens français.

Ces vaccins présentent *le grand avantage de ne jamais amener **d'accidents***. **Leur conservation est indéfinie.**

Laboratoires « STÉNÉ »

77, rue d'Allier - MOULINS (Allier)
pour la zone occupée

Villa-Rose, quai du Halage - La Madeleine (Allier)
pour la zone libre

2 *bis*, Place des Vosges - PARIS (4e)

AMPHOSYNTHYL

ASSOCIATION GÉNÉSÉRINE-GÉNATROPINE

Régulateur du Vague et du Sympathique

●

SYNDROMES AMPHOTONIQUES

TROUBLES DYSPEPTIQUES COMPLEXES
AÉROPHAGIE — MAL DE MER
TROUBLES DYSPEPTIQUES D'ORIGINE VÉSICULAIRE
TROUBLES COMPLEXES DU RYTHME CARDIAQUE

●

30 gouttes ou 2 granules
3 fois par jour, avant ou après les repas
suivant le moment des troubles dyspeptiques.

●

●

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges — PARIS (IVe)

Zone Libre : Laboratoire des Produits Amido, **Riom** (Puy-de-Dôme)

AFFECTIONS DE **L'ESTOMAC** DYSPEPSIE GASTRALGIE

VALS SAINT-JEAN

ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE **ARTHRITISME**

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre

LIVRES NOUVEAUX

Chimie organique biologique (*introduction chimique à l'étude de la biologie générale*), par Michel Polonovski, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris et Albert Lespagnol, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. Préface de A. Desgrez, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. Deuxième édition, entièrement refondue. Un volume de 856 pages : 300 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Sous ce titre paraît une deuxième édition entièrement refondue de l'ouvrage publié en 1934 par MM. Polonovski et Lespagnol.

Exposer les données indispensables, à l'exception de celles qu'on peut trouver dans un précis élémentaire ; apporter un tableau général de l'état actuel de nos connaissances biochimiques, sans rien négliger d'essentiel dans le domaine acquis, mais en insistant spécialement sur les problèmes qui attirent aujourd'hui l'attention des chercheurs, tels est le but que se sont imposé les auteurs, s'adressant aux savants, aux laboratoires, à l'enseignement supérieur.

L'édition de 1934 avait 594 pages, la présente n'en comporte pas moins de 856. Les importantes modifications apportées à cet ouvrage sont exposées comme il suit par les auteurs.

« Le nombre prodigieusement croissant de principes immédiats dont l'étude a été abordée et dont la constitution a été établie, risquait de nous amener à surcharger cet ouvrage et à lui donner une allure de dictionnaire. Aussi n'y avons-nous introduit que les composés présentant quelque particularité chimique ou biologique qui vaille d'être signalée. Nous les avons intégrés en fonction de leur constitution chimique, de leur rôle physiologique, ou de leur biogénèse, dans les grandes classes de composés qui constituaient la trame fondamentale du traité initial.

« Le succès réservé à notre première édition nous imposait de ne pas sortir du cadre que nous nous étions tracé et de maintenir notre principal objectif, qui reste toujours de choisir parmi les dérivés naturels ceux qui sont susceptibles de donner lieu aux développements chimiques ou biologiques les plus fructueux.

« Cette conception ne pouvait être réalisée sans une véritable refonte de certains chapitres importants. Auprès des stérols, par exemple, sont venus se placer les hormones stéroïdes, les aglycones digitaliques, etc., en un ensemble chimique plus cohérent caractérisé par la structure cyclopenténophénanthrénique du noyau, cependant que d'autres questions, telles que les polyterpènes, bénéficiant d'acquisitions scientifiques récentes, pouvaient être présentées sous une forme plus homogène, et qu'enfin certaines séries de composés biologiques prenaient suffisamment d'ampleur pour faire l'objet d'un exposé plus important (pigments quinoniques-depsides dérivés pyridiques, etc.). Par ailleurs, la constitution, aujourd'hui élucidée, de nombreux produits vitaminiques, hormonaux, enzymatiques, nous a conduits à introduire l'étude de nouveaux noyaux : thiazole (vitamine B^1), alloxazine (flavines), cyclopentanique (auxines), etc.

« Pour certains problèmes encore en pleine évolution, nous avons évité d'entrer dans le détail des discussions, désireux de ne rien avancer qui ne paraisse pleinement établi par des données expérimentales. D'ailleurs, des références bibliographiques permettront au lecteur de se reporter aux mémoires originaux. »

Pathologie du foie et des voies biliaires (*études cliniques et biologiques*), par Etienne Chabrol, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Un volume de 184 pages avec 22 figures : 60 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Ce livre a été écrit par un clinicien qui est en même temps un biologiste et dont les travaux sur la pathologie hépato-biliaire font autorité.

Le lecteur y trouve exposées les techniques de dosage de la bilirubine et des sels biliaires du sang, méthodes pleines d'intérêt pour l'étude de la fonction biliaire, principalement chez les ictériques, du point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement ; la réaction sulphophosphovanillique, la dernière venue, apporte un nouvel élément de mesure dans le diagnostic biologique des ictères et permet d'entrevoir sous un jour nouveau le rôle physiologique de la glande hépatique dans l'élimination des graisses.

Réagissant contre la tendance trop fréquente de considérer toute vésicule douloureuse comme une vésicule infectée, le Dr Chabrol montre qu'il existe des réactions vésiculaires de causes diverses, celles des bilieux cholémiques, des dyspeptiques intestinaux, celles dues à la stase sans calculs et celles d'origine purement neurovégétative, chacune d'elles étant justiciables d'une thérapeutique particulière.

Les chapitres consacrés aux ictères des cirrhotiques, à l'ictère grave des cardiaques, viennent compléter l'important ouvrage de l'auteur « sur les ictères ». Les données de la clinique, conjuguées



à celles du laboratoire, lui permettent d'établir les règles générales qui conditionnent les réactions de défense que l'organisme met en jeu dans les cirrhoses et d'où se dégage la valeur pronostique de la cholestérolémie.

La thérapeutique est envisagée dans plusieurs chapitres, notamment le traitement de l'ictère catarrhal par les cholagogues. Enfin, l'étude de la cholédocite est pour l'auteur l'occasion de montrer l'évolution des doctrines médicales et le glissement qui se produit aujourd'hui, de l'hépatite vers la pathologie des voies biliaires.

INFORMATIONS

(suite de la page 54)

Guerre. — Un concours pour l'admission en 1942 a l'Ecole du Service de Santé sera ouvert le 25 juin 1942. Peuvent y prendre part : *A*) Section métropolitaine : 1° les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ; 2° les étudiants en médecine pourvus de 4 et 8 inscriptions de doctorat. — *B*) Section coloniale : 1° les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ; 2° les étudiants en médecine pourvus de 4 inscriptions de doctorat.

Limites d'âge : les candidats devront avoir dix-sept ans au 31 décembre 1942 ou avoir eu, au 1er janvier 1942, moins de vingt-trois ans pour les étudiants P. C. B., moins de vingt-quatre ans pour les étudiants concourant à quatre inscriptions de médecine ou moins de vingt-cinq ans pour les étudiants concourant à huit inscriptions de médecine. Le nombre d'élèves à admettre est, en principe, fixé à soixante, dont quarante pour la section métropolitaine et vingt pour la section coloniale.

Les épreuves écrites seront subies à Alger, Clermont-Ferrand, Lyon, Marseille, Montpellier et Toulouse ; les épreuves orales à Lyon et Marseille.

Le registre d'inscription sera ouvert à Royat (Puy-de-Dôme) du 1er mai au 1er juin 1942. Pour renseignements complémentaires, s'adresser : soit au Secrétariat d'Etat à la Guerre (direction du service de santé, bureau du personnel), à Royat (Puy-de-Dôme) ; soit au délégué du secrétaire d'Etat à la Guerre, 16, rue St-Dominique, à Paris ; soit au directeur de l'Ecole du Service de Santé, à Lyon.

Etudiants juifs. — Le *Journal Officiel* du 21 janvier 1942 publie une loi du 19 décembre 1941 modifiant les articles 2 et 3 de la loi du 21 juin 1941 réglant les conditions d'admission des étudiants juifs dans les établissements d'enseignement supérieur. Cette loi prévoit des dérogations en faveur des postulants dont la famille est établie en France depuis au moins cinq générations et a rendu à l'Etat français des services exceptionnels.

Le ravitaillement des médecins en savon. — Le *Journal Officiel* du 18 janvier 1942 publie un arrêté sur le ravitaillement de la population en produits détersifs fabriqués à partir d'acides gras ou résiniques.

Les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, ainsi que les infirmiers et infirmières professionnels, ont droit à un supplément mensuel de 200 gr. de savon de toilette ou de 150 gr. de savon de ménage pour les soins corporels. Pour le lavage du linge, ils ont droit à 150 gr. de savon de ménage et 500 gr. de détersif au savon.

Les demandes des médecins sont présentées individuellement au maire de la commune.

Pour les étudiants, les demandes sont établies globalement par le recteur ou le directeur de l'Ecole.

Les besoins des accouchées et des malades sont satisfaits sur le vu d'un certificat médical légalisé.

L'Administration municipale de la ville de Troyes recherche la collaboration de deux médecins qui seront chargés de l'inspection médicale des écoles, sans possibilité de pratique de clientèle privée. Les traitements sont fixés à 45.000 francs au début, pour atteindre 60.000 francs après douze ans de services. A ces chiffres s'ajoutent les indemnités diverses (cherté de vie, résidence, allocations familiales), allouées au personnel municipal.

Pour toutes précisions complémentaires, s'adresser à M. le Maire de Troyes (Aube).

Cours

Les leçons sur les maladies du sang, Dr Paul Chevallier, auront lieu désormais le mercredi, à 10 h. 30, amphithéâtre Laënnec, hôpital Broussais. Prochaine leçon, le 4 février.

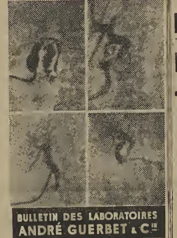
La conférence du dimanche 1er février est donc remise au mercredi suivant.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris



POUR VOUS DOCUMENTER
SUR



LIPIODOL LAFAY

LIPIODOL "F" (FLUIDE)

TÉNÉBRYL GUERBET

DEMANDEZ-NOUS
NOTRE BULLETIN No **5**
QUI, PARU EN MAI, NE VOUS EST
PEUT-ÊTRE PAS PARVENU

SOMMAIRE

L'élimination urinaire de l'iode après administration de lipiodol, test de l'activité pancréatique, d'après F. Trémolières, médecin de l'Hôpital Boucicaut, et P. Chéramy, pharmacien chef de l'Hôpital Boucicaut 1
L'angiocholégraphie, par le Service de Documentation Médicale des Laboratoires A. Guerbet et Cie........ 4
A travers la bibliographie 10

LABORATOIRES ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy - SAINT-OUEN (Seine)

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRENOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS



FORMULE

Peptones polyvalentes	0.03	Extrait fluide d'Anémone..	0.05
Hexamethylène-tétramine .	0.05	Extrait fluide de Passiflore.	0.10
Phényl-éthyl-malonylurée..	0.01	Extrait fluide de Boldo ...	0.05
Teinture de Belladone	0.02	pour une cuillerée à café	
Teinture de Cratœgus	0.10		

DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires

EUPHORYL

Cachets · Dragées · Intraveineux · Intramusculaire

Dermatoses
— Prurits —
Anaphylaxies
Intoxications

Cas moyens : *3 Cachets par Jour*
Cas aigus : *3 Injections intraveineuses par semaine*

SALICYLATE SURACTIVÉ "ANA"

Affections Rhumatismales
Algies - Infections
Troubles Hépatiques

Solution { ¼ cuil. à café mesure ou 70 gouttes } = 1 gr.
Dragées Glutinisées : (dosées à 0 gr. 50) 2 dragées = 1 gr.
Intraveineux : 10 cc. = 1 gr.

EUPHORYL INFANTILE

(Granulé soluble)

Troubles Hépato-digestifs de l'Enfance
Dermatoses - Anaphylaxies

1 Cuillerée à Café par Année d'Age



HIRUDINASE

(Dragées)

Affections veineuses
Infections Vasculaires
(Prophylaxie et Traitement)
Troubles menstruels
Aménorrhées - Dysménorrhées

4 à 6 Dragées par Jour
(10 jours avant la date des règles)

LABORATOIRES "ANA" — ANA — 18, avenue Daumesnil, PARIS (12e)

Nos 9-10. — 4-7 FEVRIER 1942 115e ANNEE Ces deux numéros groupés : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies.................Un an. 75 fr.
Etudiants........................ « 40 fr.
Etranger. — 1re zone : 110 fr. ; 2e zone : 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT (oral).

Séance du 28 janvier 1942. — *Notes :* Mlle Saulnier : 22 ; MM. Chadoutaud : 17,5 ; Guéniot : 22 ; Rudelle : 11 ; Duhamel : 21 ; Flavigny : 15 ; Alhomme : 21 ; Mlle Savaton : 17 ; MM. Maurice : 22 ; Dubel : 25.

Questions données. — Symptômes et formes cliniques des ictères infectieux. — Symptômes, diagnostic et traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson.

Séance du 29 janvier 1942. — *Notes :* MM. Pellot : 14 ; Lafourcade : 18 ; Lallemand : 16 ; Paraf : 20 ; Hewitt : 24,5 ; Sirot : 16,5 ; Chessebeuf : 18 ; Dupont : 26 ; Alison : 14 ; Oudot : 19.

Questions données. — Symptômes, diagnostic et traitement des hémorragies de la grossesse extra-utérine dans les premiers mois. — Accidents de la sérothérapie.

Séance du 31 janvier 1942. — *Notes :* MM. Calloch de Kérillis : 18 ; Chapuis : 17 ; Ponect : 19 ; Mouret : 17 ; Estève : 17,5 ; Alloiteau : 16 ; Burgot : 18 ; Sagello : 21 ; Monié : 18.

Questions données. — Symptômes de la dysenterie amibienne et de ses complications hépatiques. — Symptômes et diagnostic des arthrites blennorragiques du genou.

PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1942, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le Dr Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (bureau du service de santé), le 14 mars 1942, au plus tard.

MM. les Internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'Internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Hôpitaux de Bordeaux. — MM. les Drs Fernand Laporte et Robert Darmaillacq ont été nommés chirurgiens adjoints des hôpitaux et affectés à l'hôpital Saint-André.

M. le Dr Louis Pouyanne, chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-André, a été affecté, sur sa demande, à l'hôpital des Enfants.

Faculté de Médecine de Paris. — LEÇONS INAUGURALES. — Après la leçon inaugurale de M. le Prof. Gastinel, qui a eu lieu lundi, on annonce la leçon inaugurale de M. le Prof. Cadenat, pour le 9 février 1942 ; la leçon inaugurale de M. le Prof. Duvoir, pour le 16 février 1942.

Ces leçons auront lieu, à 18 heures, au grand amphithéâtre.

TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES D'HISTOLOGIE. — Une série de travaux pratiques supplémentaires pour la première année aura

JÉCOL
CACHETS DE COMBRETUM POUR LE FOIE. — COURBEVOIE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS
DÉJARDIN
Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue

lieu chaque jour, à 13 h. 45, du lundi 16 février 1942 au 2 mars inclus.

Sont admis : 1° les étudiants ayant leurs travaux pratiques validés, qui désirent faire une révision de ces travaux pratiques ; 2° les étudiants n'ayant pas leurs travaux validés par suite d'absences justifiées, de maladie ou de retard d'inscription. (*Les étudiants dont les T. P. n'auraient pas été validés pour insuffisance de travail ne pourront être admis.*)

Les inscriptions sont reçues au secrétariat, guichet 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 150 francs. Les étudiants qui, par suite de mobilisation, auraient manqué tout ou partie des travaux réguliers, seront admis gratuitement, s'ils se présentent à la première séance.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Couloumа, agrégé, directeur de l'Institut d'anatomie de l'Université de Fribourg, est pérennisé et nommé professeur sans chaire.

Sont chargés de cours : M. Bizard, agrégé pharmacodynamie ; Mlle Bar, hydrologie ; M. Hocquegheм, législation, déontologie pharmaceutique.

Faculté de Médecine de Nancy. — *Année scolaire* 1941-1942. Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de Médecine de Nancy entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté. *Prix Alexis Vautrin :* Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. 1er prix : 3.000 francs ; 2e prix : 1.000 francs.

Prix Joseph Rohmer : Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. Prix : 2.700 francs.

Prix Grand'Eury-Fricot : Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. Prix : 1.700 francs.

Prix Ritter : Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de Médecine de Nancy. Prix : 500 francs.

Prix Heydenreich-Parisot (médecine et chirurgie) : Concours entre les étudiants de la Faculté de Médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté en cours de l'année scolaire). Travail original sur un sujet de médecine et de chirurgie. Prix : 450 francs l'un.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de Médecine avant le 1er juillet 1942.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Sont chargés de cours complémentaires : MM. les Drs Lazorthes (anatomie) et Astre (hydrologie et géologie).

Ecole de Médecine de Rouen. — M. le Dr Sténart est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie.

Société Médicale des Hôpitaux. — Dans sa séance du 30 janvier 1942, la Société Médicale des Hôpitaux a complété son bureau. M. Henri Grenet a été élu vice-président pour 1942 ; il sera donc le président en 1943.

Conseil d'hygiène publique et salubrité du département de la Seine. — M. Gabriel Bertrand, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine est nommé vice-président du Conseil pour 1942.

Institut National d'Hygiène. — Par arrêté en date du 22 janvier 1942, M. le Dr Chevallier (André), professeur à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille, est nommé directeur de l'Institut National d'Hygiène.

(*J. O.*, 27 janvier 1942.)

Sont nommés membres du Conseil d'administration de cet Institut : M. le Prof. Lemierre, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine ; M. le Prof. Lemoigne, professeur à l'Institut Pasteur et à l'Institut Agronomique, membre de l'Académie d'Agriculture ; M. Suquet, inspecteur général des Ponts et Chaussées, ancien directeur de l'Ecole des Ponts et Chaussées ; M. le Prof. Troisier, professeur de clinique phtisiologique à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine. (*J. O.*, 28 janvier 1942.)

Loi modifiant et complétant la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins (*rectificatif*). — Le *Journal Officiel* du 19-20 janvier 1942 a publié un rectificatif important à la loi du 31 décembre 1941 (voir *Gaz. Hôp.* 1942, nos 3-4, p. 30).

Au lieu de l'Ordre des Médecins « a la garde de son honneur, de sa morale et de sa probité » lire : *il a la garde de son honneur, de sa morale et de ses intérêts.*

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux

MICROLYSE

Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense

LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe

Nécrologie

Le Dr Urbain Barbary, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux d'Angers, décédé dans sa 55e année.

— Le médecin général Troussaint, ancien directeur du S.-S. au Ministère de la Guerre, décédé à Paris, à l'âge de 87 ans.

— Dr Henri Vanlaer, à Roubaix.

Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins

Le Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins communique :

Le Ministère des Finances (Direction générale des Contributions directes) nous informe que :

« L'article 9 de la loi du 31 décembre 1941, portant fixation du « budget de l'exercice 1941 fait une obligation aux contribuables « exerçant une profession non commerciale — particulièrement « aux médecins — de délivrer pour chaque paiement d'honoraires, « à l'exception des paiements effectués par chèque nominatif, un « reçu signé et extrait d'un carnet à souches numérotées. Le reçu « et la souche correspondante doivent porter le montant de la « somme payée, la date du paiement, ainsi que les nom et adresse « de la partie versante. Ces reçus sont d'ailleurs dispensés des « droits de timbre lorsqu'ils sont délivrés par un médecin ou une « sage-femme.

« Or, cette obligation étant entrée en vigueur, en principe, à « partir du 1er janvier 1942, il importe que les contribuables « soient en mesure de s'y conformer dans le plus bref délai.

« Sans doute, pour laisser aux intéressés le temps de se mettre « en règle avec la nouvelle législation, mon Administration est « disposée à admettre que, pendant les premières semaines de « 1942, les encaissements d'honoraires soient effectués sans déli- « vrance de reçus. Mais cette tolérance ne peut être accordée que « pour un laps de temps très réduit.

« Je vous serais très obligé de vouloir bien appeler l'attention « des médecins ainsi que des praticiens et de toutes personnes « relevant du Conseil Supérieur de l'Ordre sur cette nouvelle obli- « gation, et inviter les intéressés à se procurer dans le plus « bref délai possible les carnets à souches nécessaires. »

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

Communiqués

Carnet a souches. — Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins fait savoir aux médecins qu'il n'a encore reçu, jusqu'à ce jour, aucun avis officiel concernant l'application de la loi du 31 décembre 1941, ayant trait à la délivrance de récépissés d'honoraires médicaux (carnet à souches).

Circulation. — La Préfecture de Police nous communique :

« Chaque dimanche, les médecins, chirurgiens, sages-femmes, bénéficieront, sur présentation de la carte d'identité, du droit de priorité pour l'accès aux quais du métro, étant donné la réduction du nombre des trains. »

Carte « T » et Corps Médical. — Les médecins sont priés de se reporter au *Bulletin de l'Ordre* du mois de décembre 1941 (p. 264) et de faire parvenir d'urgence, le cas échéant, au Conseil départemental, 242, boulevard Saint-Germain, leur demande d'attribution de la carte « T ».



RÉVULSION RAPIDE ET SURE

POUDRE DE MOUTARDE RIGOLLOT

POUR USAGE MÉDICAL

Cataplasmes sinapisés - Grands Bains - Bains de Pieds

Vente en Gros : DARRASSE, Phcien, 13, rue Pavée, PARIS

R. C. 17602

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR







PRIX
DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

Invariable dans ses propriétés physiques et chimiques,
dans son action
physiologique, thérapeutique et clinique.

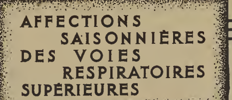
Agit plus sûrement
que toutes les autres préparations de digitale.

FORMES

Solution au 1/1000.
Comprimés au 1/10 de mg.
Ampoules au 1/4 de mg. pour injections intramusculaires.
Ampoules au 1/5 de mg. pour injections intraveineuses.

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession, PARIS 15



CORYZA
RHUME DES FOINS
TRACHÉO-BRONCHITE

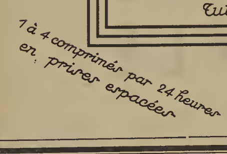
SYNERGIE MÉDICAMENTEUSE
ANTIDYSPNÉIQUE & DÉCONGESTIVE

CORYPHÉDRINE

ASPIRINE + SANÉDRINE
Acide acétylsalicylique Chlorhydrate d'Ephédrine lévogyre

SOUS. FORME DE COMPRIMÉS RENFERMANT
ASPIRINE : O.GR 50 — SANÉDRINE : O.GR 015

Tube de 20 comprimés



SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21. RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8ème

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL
VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme, un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES - GRIPPE - RHUMATISMES

NOPIRINE
VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boulevard Haussmann — PARIS

REVUE GENERALE

LES IDÉES ACTUELLES SUR LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME NERVEUX

par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Le fonctionnement du système nerveux a toujours retenu l'attention des chercheurs, mais, comme chacun utilisait une technique particulière, les théories ont longtemps succédé aux théories, sans qu'aucune parvînt à s'imposer. La dernière venue, du professeur L. Lapicque, présente sur ses devancières deux avantages : elle est fondée sur des données scientifiques indiscutables, elle est d'une portée très générale. Les médecins doivent donc en connaître les grandes lignes. Nous consacrerons à son exposé trois chapitres, un de *généralités*, un de *physiologie* et un de *pathologie* (1).

I. — GENERALITES. — L'INFLUX NERVEUX

Pour l'histologiste, l'unité élémentaire essentielle du système nerveux est le *neurone*, comprenant un corps cellulaire et des prolongements de deux sortes : l'un, unique, très long, peu ramifié (*axone*), les autres (*dendrites*), nombreux, courts, très ramifiés. Tous se terminent par des extrémités libres, non anastomosées (R.-Y. Cajal) : il n'y a donc, entre prolongements appartenant à des neurones différents, que des rapports de contiguité (*synapse*).

Pour le physiologiste, c'est le neurone qui produit et qui transmet l'*influx nerveux*. Tâchons donc de préciser les caractères et propriétés de cet influx.

Sa naissance. — Il se produit dans deux conditions : spontanément, comme nous allons le voir, ou sous l'influence d'une excitation appropriée : chimique, électrique (Galvani), mécanique ou autre.

Le moyen de le produire. — Le plus simple consiste dans l'application d'un courant électrique, mais il faut savoir qu'*il est antérieur à toute excitation venue du dehors :* en reliant « un galvanomètre, d'une part, à la « surface naturelle, de l'autre, à la tranche de section d'un « nerf, on constate l'existence d'un courant dirigé vers la « section (*courant de repos* de Du Bois Reymond) » (P. Chauchard). Le nerf vient-il à être excité, ce courant diminue momentanément (*variation négative du courant de repos, onde de négativité, courant d'action* (Du Bois Reymond).

La manière dont agit l'excitant. — Toute cellule produit de l'électricité, qui s'accumule à sa surface, de manière à y constituer une couche unimoléculaire, chargée positivement, tandis qu'elle ne possède aucune charge à son intérieur.

L'excitation a pour effet de neutraliser, au point où elle s'applique, cette charge de surface ou, si l'on préfère, de lui permettre de s'écouler vers tout point non chargé électriquement, de l'extérieur vers l'intérieur, si on établit une communication entre les deux, ou vers tout point de la surface qu'on aura, au préalable, privé de sa charge. L'excitant de choix sera donc, par définition, l'électrode négative (cathode), mais sous certaines conditions.

Les conditions nécessaires pour que l'influx soit produit par un courant électrique. — Le courant électrique capable de faire naître cet influx peut être un courant continu à établissement brusque (*onde rectangulaire*) ou un courant à établissement progressif. Il peut encore être fourni par une décharge de condensateur. Prenons, comme type de description, l'onde rectangulaire. Pour qu'elle soit efficace, elle doit remplir deux conditions essentielles, relatives.

L'une, à l'*intensité :* au-dessous d'un minimum d'intensité (*seuil* de Du Bois Reymond), l'excitation reste inefficace (1) ;

L'autre, à la *durée :* contrairement à Du Bois Reymond, le temps de passage intervient, mais seulement pour des durées très courtes. En utilisant des décharges de condensateur (Horweg) ou un courant continu de l'ordre d'1/10.000e de seconde (rhéotome balistique de G. Weiss), on constate, en effet, qu'en deçà d'une certaine durée minime de passage, les excitations restent inefficaces, à moins que l'on ne relève l'intensité du courant. *Il y a donc, pour la durée comme pour l'intensité, un seuil, le seuil d'intensité étant subordonné au seuil de durée.* Ce temps minimum permettant l'intensité minima, c'est le *temps utile* de M. L. Lapicque.

Sa nature. — C'est une onde électrique spéciale, puisque, contrairement aux courants électriques habituels, elle se propage en circuit ouvert, à une vitesse modérée (30 à 60 mètres par seconde). C'est « une onde de dépression élec- « trique au cours de laquelle la surface cellulaire se rappro- « che de la neutralité électrique de l'intérieur » (P. Chauchard).

Sa forme. — « La dépression occupe, sur le nerf, une « certaine distance : elle possède une forme caractéristique, « avec une pente abrupte du côté où elle progresse et une « plus douce du côté opposé » (P. Chauchard).

L'expérimentation a pu reproduire une onde électrique semblable à l'influx nerveux (nerf de Lillie), et même en possédant la forme (L. Lapicque).

Ses caractéristiques physiques :

Son *amplitude* est de 0,03 volt.

« La *vitesse de déplacement des charges électriques* est « une caractéristique de la rapidité fonctionnelle de chaque « cellule, de chaque fibre nerveuse. Il existe des nerfs « *rapides*, à influx rapides et brefs, par exemple, un nerf « volontaire de mammifère : vitesse : 50 mètres à la « seconde, durée de l'onde : quelques millièmes de seconde, « et des nerfs *lents*, à influx lents et durables : un nerf « organique a une vitesse de 0 m. 60 par seconde ; sa durée « est quelques centièmes de seconde » (P. Chauchard).

Sa *longueur d'onde :* 0 m. 05 pour le nerf volontaire d'un mammifère.

Sa *tendance au groupement :* « Il est rare que le fonction- « nement nerveux mette en jeu des influx isolés ; en géné- « ral, il y a conduction d'influx successifs, de train « d'ondes. » (Id.).

Sa propagation. — Grâce à la *conductibilité* du nerf, l'influx se propage à partir du point excité, sans pouvoir revenir en arrière, car, pendant une courte durée après son passage, s'installe une *phase réfractaire.* Il se transmet du dendrite à la cellule, et de celle-ci à l'axone : il est donc *cellulipète* pour le premier, *cellulifuge* pour le second.

Ses caractéristiques physiologiques. — Deux principales :

1° « L'influx nerveux répond à la loi de *tout ou rien.* « L'excitant le déclenche dans sa totalité ou ne le déclenche « pas. L'influx est, en effet, recréé à chaque instant par le « nerf lui-même, comme une flamme qui se propage le « long d'une traînée de poudre » (L. Delherm).

2° « *La cellule nerveuse a le pouvoir de régler la produc-* « *tion de ses influx :* en en recevant plusieurs, elle peut « n'en envoyer qu'un ou modifier leur rythme ; enfin, « parfois, sous l'effet d'une excitation, elle ne répond plus « par un influx, mais par une salve d'influx ; elle fonc- « tionne rythmiquement et la production des influx peut « se maintenir sans nouvelle excitation » (P. Chauchard).

(1) Cf. L. Delherm et ses collaborateurs. Généralités électrophysiologiques sur la motricité. *Traité d'électro-radiothérapie*, Paris, 1938, in-8°, I, p. 387-432. — G. Bourguignon. La chronaxie, *Id.*, p. 436-467. — P. Chauchard. *Le système nerveux et ses inconnues*, Paris, 1940, in-18, 126 p.

(1) Pour M. A. Strohl, il y aurait lieu de distinguer le seuil-tension du seuil-intensité, exprimés, le premier, en volts, le second, en milliampères. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, juillet 1941, nos 13-14, p. 1026-1028.)

Le moyen de le mesurer. — Peut-on mesurer sa *vitesse* et sa *durée ?* Théoriquement, la chose est possible, mais cette mesure nécessite des appareils délicats, difficiles à utiliser en pratique journalière.

Chercherons-nous à déterminer l'*intensité minime* du courant prolongé nécessaire à l'effet cherché : contraction du muscle, par exemple, par l'excitation du nerf correspondant (*seuil galvanique* de Du Bois Reymond, *rhéobase* de M. Lapicque) ? Cette recherche du *besoin d'intensité* est assurément nécessaire, mais elle n'est pas suffisante.

Elle est *nécessaire*, parce que : 1° en mesurant le seuil de l'intensité, on mesure la grandeur de l'excitation ; 2° elle est à la base de la mesure de la chronaxie, à laquelle elle sert de marchepied (G. Bourguignon).

Elle est *insuffisante* parce qu'elle ne tient aucun compte de la notion de durée de passage du courant.

Dépendant de causes complexes, *elle expose, de plus, à de nombreuses erreurs d'interprétation.*

Force est donc de faire intervenir la notion du *temps utile*. « En pratique, la détermination exacte de ce temps « étant difficile, on mesure le temps de passage du cou- « rant qui nécessite, pour lancer l'influx, une intensité « double de l'intensité minime. Ce temps de passage-type, « c'est la chronaxie » (L. Lapicque, 1909, P. Chauchard).

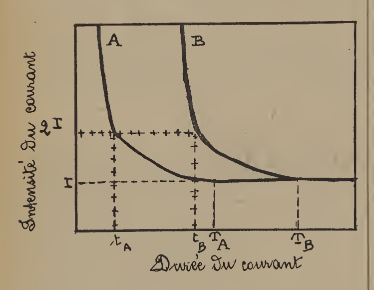


Fig. 1. — *Lois d'excitabilité.* — A, neurone rapide ; B, neurone lent. Tous les courants dont l'intensité et la durée sont telles qu'ils se placent à gauche de la courbe sont inefficaces pour le neurone considéré. La courbe indique la limite d'efficacité, les courants juste efficaces, parmi lesquels le courant d'intensité minima I, efficace s'il dure au moins le *temps utile* T (T_A pour A, T_B pour B) et le courant double 2/1 efficace pour la durée *t* (t_A et t_B) : chronaxie. T et *t* caractérisent la rapidité du neurone. D'après P. Chauchard, *Le Système nerveux et ses inconnues*, Paris, 1940 (*Collection « Que sais-je ? »*), Presses Universitaires de France, p. 44.

La *chronaxie*, *seuil* de temps, besoin de temps, exprimée en millièmes de seconde, mesure la rapidité avec laquelle l'excitabilité est mise en jeu, c'est-à-dire la *vitesse d'excitabilité* (L. Lapicque). Elle est *d'autant plus petite que cette vitesse est plus grande.* Elle est la même pour tous les points du neurone (Id.) [fig. 1].

Pour la mesurer , on commence par déterminer le seuil pour un courant prolongé ; on double le chiffre obtenu et on recherche le temps de passage pour lequel cette intensité double donne une réponse, variable avec l'organe innervé : glande, muscle. Toutes ces données sont fournies par des appareils spéciaux : chronaximètre de L. Lapicque, égersimètre d'A. Strohl, table de G. Bourguignon).

La lettre grecque T désigne la chronaxie, la lettre grecque σ, le millième de seconde.

La chronaxie est reliée par des rapports numériques simples :

Au temps utile, qui vaut de 8 à 10 chronaxies ;

A la durée totale de l'onde de l'influx nerveux, cette durée étant de 6 chronaxies, dont 2 pour la période ascendante ;

A la rapidité de la contraction musculaire.

Ainsi, la chronaxie, qui permet de mesurer indirectement la durée de l'onde de l'influx nerveux, nous apporte de précieux renseignements sur l'*excitabilité* de tel ou tel élément nerveux : cellule ou fibre, c'est-à-dire sur la propriété qu'il possède d'entrer en action sous l'influence d'un excitant approprié.

II. — LA PHYSIOLOGIE DU SYSTEME NERVEUX EXPLIQUEE PAR LA NOTION DE CHRONAXIE

Grâce aux recherches du Professeur L. Lapicque, nos connaissances sur la physiologie du système nerveux se sont singulièrement étendues et perfectionnées. Les notions d'*iso* et d'*hétérochronisme*, de *sommation des excitations*, de *fonctionnement itératif*, des *variations continuelles de la chronaxie à l'état normal*, ont conduit à une interprétation ingénieuse autant que vraisemblable de problèmes qui, depuis longtemps, attendaient leur solution. Envisageons donc, tour à tour, les *principes* essentiels de la théorie et quelques-unes de leurs *applications*.

Les principes :

Nous avons vu que l'influx nerveux se propage des dendrites à la cellule, et de celle-ci à l'axone. A la terminaison de celui-ci, il se trouve au contact d'innombrables dendrites. Pour produire l'effet désiré, il faut :

1° Qu'il fasse un choix parmi eux, ou, si l'on préfère, qu'il s'*aiguille* à chaque synapse (Sherrington) ;

2° Qu'il influence le neurone sur lequel il est ainsi aiguillé.

En principe, l'aiguillage n'est possible (L. Lapicque) que si la chronaxie du second neurone a la même valeur que celle du premier (*loi de l'isochronisme*). Est-elle différente, il est impossible, l'influx ne passe pas (*loi de l'hétérochronisme*). En fait, il peut souvent passer, grâce à divers moyens, souvent associés, dont les principaux sont : 1° la *sommation des excitations ;* 2° les *phénomènes de subordination ;* 3° l'*action des intermédiaires chimiques.*

Avant d'entrer dans le détail, voyons comment l'influx nerveux émané du premier neurone agit sur le second. Deux explications :

Une *physique :* l'onde électrique qui le caractérise passe directement à travers la synapse (L. Lapicque, 1907);

Une *chimique :* cette transmission n'est possible que grâce à certaines substances (*intermédiaires chimiques*), que sécrète la fibre nerveuse en activité et qui agissent à doses infinitésimales : adrénaline pour celles appartenant au sympathique, acétylcholine pour celles appartenant, soit au parasympathique, soit aux fibres destinées aux muscles striés, et qui sont libérées par *quanta* qui s'ajoutent. Facilitent-elles le passage du premier au second neurone, ou favorisent-elles la formation de l'influx nerveux dans celui-ci, celui-là s'arrêtant à l'extrémité du premier ? C'est ce qu'il est encore difficile de dire.

Loi de l'isochronisme. — Pour qu'entre deux neurones, la transmission de l'influx soit possible, il faut et il suffit qu'il existe un *accord* entre leurs activités fonctionnelles. Or, celles-ci sont, comme nous l'avons vu, mesurées par la chronaxie. Si donc les chronaxies sont identiques (*isochronisme*) ou voisines (*homochronisme*), l'influx passe. Il s'agit là d'un phénomène de résonance (*pararésonance* de M. Monier), analogue à ceux qu'utilisent les amateurs de T. S. F. quand ils cherchent à régler leur poste en accordant sa fréquence avec celle du poste émetteur.



FORTOSSAN

PHOSPHORE VÉGÉTAL
ASSIMILABLE

FORTOSSAN IRRADIÉ

PHOSPHORE ET VITAMINE D.

Assure
la nutrition et la
croissance normale
chez l'enfant.

Prévient et guérit
le rachitisme

Poudres solubles
1/2 à 4 cuillerées à café par jour

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu — LYON 1 456



laxatifs doux

par leurs extraits végétaux (sans drastiques)

cholagogues

par leurs extraits opothérapiques

les comprimés de

MUCINUM

réalisent une médication parfaite
contre la constipation

1/2 à 2 comprimés par jour

FORMULE
Association de poudre et extraits végétaux (sans drastiques), d'opothérapiques et de dihydroxyphtolophénone.

INNOTHÉRA

MODE D'EMPLOI
1/2 à 2 comprimés par jour

Laboratoire CHANTEREAU (ARCUEIL-PARIS)

Loi de l'hétérochronisme :

I. — *Fonctionnement itératif.* — Supposons qu'un influx bref arrive à un élément lent. Alors qu'il reste sans effet, « plusieurs influx assez rapprochés se succédant rapidement « peuvent provoquer une réponse. Un tel fonctionnement « a reçu (L. Lapicque) le nom de *fonctionnement itératif* » (P. Chauchard). Il obéit à deux lois.

Loi des nombres. — Plus le nombre de ces stimuli augmente et plus s'abaisse le seuil galvanique, autrement dit, plus s'abaisse la rhéobase, d'où économie sur le voltage, mais, à partir d'un certain moment, malgré l'augmentation de nombre des stimuli, le voltage ne varie plus. Le temps pendant lequel agit cette sommation est dit *temps de sommation :* il s'obtient en multipliant le nombre de stimuli par leur intervalle. Il définit l'*excitabilité de l'organe terminal,* dit encore *effecteur périphérique :* glande, fibre lisse, tandis que la chronaxie définit l'excitabilité du nerf effecteur (L. Lapicque). Il est d'autant plus grand que l'écart des chronaxies est plus considérable.

Loi des intervalles. — Plus les intervalles augmentent, et plus l'on a besoin de relever le voltage rhéobasique. Finalement, on n'obtient plus de réponse.

II. — *Chronaxie de constitution et de subordination.* — D'autres fois, l'influx passe malgré l'hétérochronisme, grâce aux variations que, sous des influences diverses, subit la chronaxie primitive, de base, dite *chronaxie de constitution,* et devenue alors *chronaxie de subordination* (1) (L. Lapicque). Envisageons, avec M. P. Mollaret, les causes principales de ces variations (2). Elles peuvent être d'origine nerveuse ou humorale.

Des actions *nerveuses,* les unes, centrales, émanent du cerveau (G. Bourguignon, P. Chauchard), de la moelle et, surtout, du cervelet, dont l'ablation fait apparaître les chronaxies de subordination (Rudeanu et Bonvallet), les autres, périphériques, proviennent des organes sensoriels, des voies sensitives et du système végétatif.

Les actions *humorales* sont les variations de l'équilibre acido-basique, les sécrétions internes, la présence, dans le régime, de telle ou telle vitamine.

La chronaxie *n'est donc pas une valeur invariable :* elle est susceptible de modifications, d'ailleurs limitées, permettant à l'influx nerveux de « suivre des trajets adaptés aux « besoins immédiats de l'organisme, trajets éphémères, qui « se défont aussi vite qu'ils se sont faits, par le simple « jeu des chronaxies et de l'aiguillage » (P. Chauchard).

III. — *Intermédiaires chimiques.* — Nous avons déjà parlé d'eux, nous reviendrons sur leur action à propos du système autonome.

Quelques applications :

Elles concernent :

La motricité. — Par la notion de l'*isochronisme,* s'expliquent, entre autres :

La transmission de l'influx du neurone moteur central au neurone moteur périphérique (G. Bourguignon, M. et Mme A. Chauchard) ;

La transmission du nerf moteur au muscle correspondant (L. Lapicque) ;

La contraction simultanée de certains groupes musculaires pour l'accomplissement d'un acte donné (G. Bourguignon) ;

Le fait que certaines fibres des antagonistes se contractent en même temps que l'agoniste (G. Bourguignon) ;

La coordination exercée par le cervelet, qui, « en assurant « entre les divers neurones moteurs une répartition de « chronaxies permettant un aiguillage correct de l'influx, « rend possible l'exécution des mouvements délicats » (P. Chauchard).

Par la notion de l'*hétérochronisme* s'expliquent :

Pour le muscle *strié,* l'action du curare, qui, augmentant la chronaxie du muscle sans modifier celle du nerf, empêche l'influx de passer (L. Lapicque) ;

(1) Des phénomènes de même ordre avaient été décrits, dès 1922, par M. G. Bourguignon, sous le nom de *répercussions.*

(2) P. Mollaret. Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la subordination, Paris, 1937, in-8°.

Pour le muscle *lisse,* l'inefficacité d'une excitation unique portant sur le nerf correspondant, l'excitabilité se chiffrant, pour le nerf, par millièmes, pour le muscle, par centièmes de seconde.

Les fonctions sensitives et réflexes. — Chez une grenouille *spinale,* c'est-à-dire privée de ses centres encéphaliques, on ne provoque l'apparition d'un réflexe qu'en répétant les stimuli. Il y a donc, entre les voies périphériques du réflexe, des éléments hétérochrones (L. Lapicque).

Chez un animal *thalamique,* dont le noyau rouge a été séparé des centres sous-jacents, le même réflexe s'obtient facilement. Il faut donc admettre (L. Lapicque) que la chronaxie de constitution des neurones médullaires intermédiaires dépend surtout du noyau rouge, sous l'influence duquel elle devient chronaxie de subordination. Ce noyau, lui-même soumis à l'action des centres supérieurs, transmet ses ordres aux neurones moteurs périphériques par le faisceau rubro-spinal de V. Monakow.

Les nerfs sensitifs contiennent des fibres douées de vitesses différentes.

La chronaxie de la sensibilité tactile est, en chaque région, égale à la chronaxie des fibres musculaires correspondantes, cet *isochronisme sensitivo-moteur* expliquant la localisation des réflexes (G. Bourguignon).

Le système nerveux autonome. — Tandis que, dans les nerfs moteurs de la vie volontaire, la transmission est *rapide* et *localisée,* et qu'il suffit, pour obtenir une contraction, d'un seul influx, dans les nerfs appartenant au système autonome, elle est *lente* et *diffuse* et il faut, pour qu'elle agisse sous l'effecteur périphérique, non plus *une,* mais *des* excitations répétées, aboutissant à une modification de son activité.

On sait que le système nerveux autonome est constitué par la superposition de deux neurones : un *préganglionnaire,* un *ganglionnaire,* reliés par une synapse.

Pour que l'influx passe par la synapse, il faut et il suffit que les chronaxies des deux neurones soient égales : c'est ce que, sans doute, permet la présence permanente, dans le ganglion, d'actétylcholine. Les poisons dits *nicotiniques* ne paralysent, en effet, la fibre ganglionnaire qu'en bloquant la synapse (P. Chauchard).

Ce sont encore ces médications chimiques qui, par l'intermédiaire des fibres émanées du ganglion, agissent sur l'effecteur périphérique en modifiant sa chronaxie (L. Lapicque, A. et D. Chauchard, Flonkin, F. Frédéricq, etc.), donnée essentielle, s'il est vrai (L. Lapicque) qu'à ces variations de chronaxie correspondent des variations d'activité fonctionnelle de l'élément : excitation (*gliocénèse*) de L. Lapicque, si la chronaxie diminue, inhibition (*glioscléníe*), si elle augmente. Quand l'organe terminal a été ainsi modifié sans son activité, ses modifications retentissent sur la chronaxie du nerf effecteur. Ici encore, ce sont donc des questions d'accord ou de désaccord des chronaxies qui jouent le rôle capital. C'est par des considérations de même ordre que s'explique, pour les organes à double innervation, l'action des nerfs synergiques agonistes et antagonistes à laquelle s'attache le Professeur Paul Chauchard (1).

L'action des vitamines. — Lorsque, chez des animaux privés de telle vitamine, on observe tel symptôme, on tend à rattacher ce symptôme à l'avitaminose correspondante. Mais, comme on peut l'observer en dehors de toute avitaminose, on peut se demander si la vitamine n'agirait pas sur l'excitabilité neuro-musculaire. C'est ce que montre l'expérimentation. La vitamine B^1 modifie les chronaxies périphériques, par retentissement, sur la périphérie, d'une action encéphalique, d'abord excitante, puis paralysante. La vitamine E agit d'une façon analogue, avec cette différence que son action, moins nette, porte sur la moelle (P. Chauchard) (2).

(1) P. Chauchard. Le mécanisme de régulation nerveuse des organes végétatifs. *Thèse Paris,* 1940, in-8°, 196 p.

(2) P. Chauchard. Action des vitamines B^1 et E sur l'excitabilité neuro-musculaire en dehors de toute carence. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 105e année, 3e série, t. 124, nos 11 et 12, séance du 25 mars 1941, p. 369-372.

III. — LA NOTION DE CHRONAXIE EN NEURO-PATHOLOGIE

Grâce aux travaux de M. G. Bourguignon (1), la conception de M. L. Lapicque a pu être étendue à la neuro-pathologie et rendra de signalés services au *diagnostic*, au *pronostic* et même à la *thérapeutique*.

Le diagnostic :

La détermination de la chronaxie fournit des renseignements importants au diagnostic de divers affections et syndromes.

Affections motrices. — Avec M. Bourguignon, rappelons d'abord les valeurs normales des chronaxies neuro-musculaires, recherchées à travers les téguments. Pour la musculature de l'homme, il y a trois chronaxies différentes ;

La plus petite varie de.......... 0,06 à 0,14
Les moyennes varient de........ 0,16 à 0,32
Les plus grandes varient de...... 0,40 à 0,70

Lorsqu'il y a *irritation* de la fibre musculaire, sa vitesse d'excitabilité augmente, c'est-à-dire que sa chronaxie diminue ; y a-t-il, au contraire, *ralentissement d'action de la fibre*, sa vitesse d'excitabilité diminue, sa chronaxie augmente.

Envisageons donc :

I. — Les *lésions musculaires primitives :* maladie de Thomsen, myopathie myotonique, myopathie atrophique (*myopathies* de M. G. Bourguignon) : la chronaxie y atteint des valeurs maxima, de 60 à 80. La constatation d'une chronaxie aussi considérable emporte le diagnostic (Id.).

II. — Les *altérations musculaires secondaires à des lésions du neurone moteur périphérique :* Dans la *dégénérescence wallérienne*, l'augmentation de la chronaxie est immédiate, tandis que la lenteur de la contraction n'apparaît qu'au bout de quelques jours. La valeur maxima de la chronaxie dans ces cas atteint à peine la valeur minima de la chronaxie dans les myopathies (G. Bourguignon). Cette augmentation est plus grande lorsque la dégénescence est *totale* que lorsqu'elle est *partielle*, ne dépassant pas, dans ce dernier cas, 5 à 8 (Id.).

D'autres fois, la recherche de la chronaxie fournit des renseignements utiles au diagnostic, non plus par sa *valeur*, mais par d'autres éléments :

Topographie de ses modifications ;

Etude des phénomènes de répercussion qui, normalement, résultent de l'excitation de filets nerveux isochrones et qui, « au début, traduisent seulement l'évolution de la dégénérescence ». Au delà de trois à quatre semaines, ces phénomènes n'existent plus qu'en cas de régénération (G. Bourguignon) ;

Ses modifications dans le temps, mises en évidence par une *courbe*, permettant de différencier la dégénérescence de la régénération : la chronaxie ne cesse d'augmenter dans la première, de diminuer dans la seconde.

III. — Les *lésions du neurone moteur central :* Prenons, comme exemple, les réflexes plantaires. « A l'état normal, « le réflexe en flexion est conditionné par l'isochronisme « des nerfs sensitifs plantaires et des fléchisseurs des orteils. « Or, en pathologie, on peut observer des altérations exclu- « sives des chronaxies motrices, des variations exclusives « des chronaxies sensitives, des variations simultanées des « deux » (G. Bourguignon), d'où diverses éventualités.

Abolition du réflexe plantaire. — Elle est due à ce qu'il n'y a isochronisme des nerfs sensitifs plantaires ni avec les extenseurs ni avec les fléchisseurs.

Signe de Babinski. — Il apparaît toutes les fois qu'il existe un hétérochronisme entre ces nerfs et les fléchisseurs des orteils, que cet hétérochronisme soit lié à :

Une *lésion pyramidale pure*, l'isochronisme avec le nerf sensitif étant établi par augmentation de la chronaxie des extenseurs et la diminution parallèle des fléchisseurs ;

Une *lésion thalamique*, l'isochronisme avec les nerfs sensitifs étant obtenu par une augmentation portant sur les extenseurs et atteignant des valeurs beaucoup plus considérables que dans le cas précédent ;

Un *syndrome de Brown-Séquard*, où, du côté des troubles sensitifs, les chronaxies motrices sont normales, tandis que la chronaxie sensitive est diminuée de moitié, ce qui la rend égale à la chronaxie normale des extenseurs des orteils. Le signe de Babinski est donc dû, de ce côté, à une lésion sensitive pure, tandis que, du côté opposé, où existent des troubles moteurs, il est dû à une lésion pyramidale pure.

Adiododocinésie. — Elle apparaît comme résultant de la rupture d'équilibre de la chronaxie des pronateurs et du court supinateur. A ce sujet, deux cas (G. Bourguignon) :

Il n'y a aucune lésion du système sensitif, comme dans la plupart des scléroses en plaques et dans les syndromes cérébelleux purs : le court supinateur restant normal, la chronaxie des pronateurs diminue de moitié ;

Il y a une lésion sensitive, comme dans la maladie de Friedreich : les pronateurs conservent leur valeur normale, mais celle du court supinateur double de valeur.

IV. — LE SYNDROME CEREBELLEUX

L'*adiadocinésie* résulte de la rupture d'équilibre entre la chronaxie des pronateurs et celle du court supinateur (G. Bourguignon).

Troubles sensitifs. — Les lésions des neurones sensitifs périphériques se traduisent de deux façons (G. Bourguignon) : modification de la chronaxie sensitive, qui diminue en cas de douleurs, tandis qu'elle augmente dans les troubles de la sensibilité purement objective ; répercussion sur la chronaxie des muscles.

Troubles sensoriels. — La chronaxie vestibulaire présente, dans le *mongolisme*, des modifications caractéristiques (G. Bourguignon).

Troubles fonctionnels du système nerveux. — Dans la *démence précoce* comme dans l'*hystérie*, il peut exister des modifications temporaires de la chronaxie, qui n'est jamais troublée en cas de *maladie simulée.*

Troubles humoraux et endocriniens. — Dans la *tétanie*, il y a, de bonne heure, augmentation de la chronaxie des interosseux (G. Bourguignon). La *myasthénie* paraît due à un hétérochronisme entre le nerf et le muscle, que corrige la prostigmine, sans doute en agissant à la jonction myoneurale par inhibition de la cholinestérase (G. Bourguignon et J. Morichau-Beauchant). On sait d'ailleurs que, chez un animal (L. et M. Lapicque) ou chez un homme (G. Bourguignon et H. Laugier) *fatigués*, la chronaxie du muscle augmente, d'où hétérochronisme neuro-musculaire.

Le pronostic :

« Dans les lésions *curables*, l'augmentation de la chro- « naxie étant fonction du degré de dégénérescence, le temps « nécessaire à la régénération est d'autant moins long que « la chronaxie, vers la troisième semaine, est plus petite » (G. Bourguignon). C'est ce que l'on constate, en particulier, dans la poliomyélite antérieure aiguë et dans la paralysie faciale périphérique.

On n'oubliera pas, non plus, qu'« un élément de pro- « nostic très important, dans les lésions du neurone moteur « périphérique et surtout des nerfs, est fourni par l'étude « des répercussions » (Id.).

Dans l'arriération mentale, l'indice chronologique vestibulaire traduit objectivement, par son évolution au cours du traitement, le degré de l'amélioration (Id.).

Dans les *lésions incurables*, l'étude de la chronaxie a moins de valeur, celle-ci étant souvent peu augmentée, même dans les affections fatales comme la sclérose latérale amyotrophique (Id.).

Le traitement :

« La chronaxie est le guide le plus sûr pour poser les « indications « thérapeutiques », à condition que le traite- « ment soit continué tant qu'elle persiste à évoluer, ce dont « témoigne l'étude des répercussions : tant qu'elles existent,

(1) Cf. Georges Bourguignon. La chronaxie chez l'homme, Paris, 1923, in-8°.



L'ARHÉOL

Principe actif de l'essence de Santal

dans la blennorragie
est le complément des sulfamides

LYXANTHINE

granulé effervescent

Iode et soufre - Gluconate de calcium - Bitartrate de lysidine

ARTHRITISME
GOUTTE
RHUMATISMES

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER
42, rue du Docteur-Blanche, PARIS



FLÉTAGEX

POMMADE BIOLOGIQUE AUX VITAMINES A ET D

(Huile de Foie de Flétan et de Morue).

PLAIES ATONES
ULCÈRES VARIQUEUX
BRULURES - ENGELURES
Cicatrise - Calme le Prurit
Désinfecte sans irriter

PAS DE POUDRES INERTES !
L'excipient de Flétagex s'incorpore parfaitement à l'Huile de Foie de Flétan et à l'Huile de Foie de Morue sans altérer les Vitamines, principe actif de Flétagex.

Laboratoires SUJAL - J. LAFARGE, Dr. en Pharmacie - 62, rue de la Brauderie, CHATEAUROUX (Indre)

« on peut être sûr que l'évolution du côté malade n'est pas « terminée, et, malgré les apparences cliniques, il faudra « poursuivre le traitement jusqu'au retour de la chronaxie « à l'état normal du côté opposé au côté malade, et jusqu'à « leur stabilisation, si elles ne reviennent pas rigoureuse- « ment à la normale, du côté malade » (G. Bourguignon).

***

Après avoir passé en revue les principales acquisitions que nous a values la chronaxie, il ne nous reste plus qu'à conclure.

Les idées de M. L. Lapicque n'ont pas été sans soulever certaines critiques. On a observé que la théorie nécessitait, pour être bien comprise, une initiation scientifique assez poussée et qu'elle n'était pas, elle-même, à l'abri de toute objection, puisque, d'une part, elle fait délibérément abstraction de la plaque motrice et que, de l'autre, l'école de Cambridge, avec Keith Lucas, nie formellement l'isochronisme neuro-musculaire. On a insisté sur le caractère délicat de la technique et sur la facilité des erreurs, soit de calcul, soit d'interprétation.

Pour ce qui concerne les discussions sur l'isochronisme neuro-musculaire et sur la valeur de la plaque motrice, nous déclinons toute compétence. Les autres objections sont aisées à réfuter. Peut-être, la théorie est-elle quelque peu ardue, elle est pourtant à la portée de tous ceux qui sont en possession des données élémentaires de physique enseignées au P. C. B. ou dans les facultés de médecine. Sans doute, ses applications à la clinique exigent-elles beaucoup d'attention et d'expérience, sans parler des connaissances neurologiques indispensables. Sans doute, nécessite-t-elle beaucoup de temps (G. Bourguignon). Est-ce une raison pour que les médecins renoncent à une méthode qui, d'une part, élargit leur horizon scientifique et qui, de l'autre, leur fournit des renseignements plus précoces et plus nuancés que l'électro-diagnostic classique ? Assurément non ! Louons donc M. le Professeur L. Lapicque d'avoir, en 1909, connu cette *joie de la découverte* qui, pour Claude Bernard, l'emporte sur toute autre. Sachons-lui gré de cette précieuse acquisition, s'il est vrai, comme l'affirme Charles Nicolle, que « le but de l'effort humain est d'acquérir » et qu'« en « matière de sciences, acquérir, c'est étendre la connais- « sance sur le domaine illimité de l'inconnu » (1).

(1) Charles Nicolle. *Introduction à la carrière de la médecine expérimentale*, Paris, 1932, in-18, p. 47.

LA TUBERCULOSE DANS LA RÉGION DU NORD

par P. Macquet et A. Breton (de Lille)

La période des restrictions alimentaires que nous traversons a, dès maintenant, une douloureuse répercussion : l'augmentation de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse. C'est un fait que personne ne songe à nier. Il est propre à la France toute entière. Il demeure par régions proportionnel à l'intensité des privations endurées.

Nous en voulons pour preuve les communications diverses de MM. Barbier, à Lyon, de De Léobardy et Mlle Marclant, à Limoges, de Berthet, à Grenoble, de Ravina, Pecher, Bucquoy et Pujol, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, les rapports à l'Académie de Médecine du professeur Bezançon et Moine, du professeur N. Fiessinger, Leroux et Fauvet, les commentaires du professeur Sergent, de MM. Brulé, Rist, Julien Huber, Ameuille, Guy Albot, Armand Delille, l'article de Le Melletier à la *Gazette Médicale de France*, la publication de Sakka dans la *Revue de la Tuberculose*.

Un peu partout il est donc poussé le même cri d'alarme :

La tuberculose est en progression. Les primo infections sont aujourd'hui plus nombreuses, plus tenaces, plus malignes. Les formes extra-pulmonaires et granuliques sont plus fréquentes. Les lésions anciennes, en sommeil depuis longtemps, se réveillent, s'étendent vite, et s'ulcèrent par fonte caséeuse avec une rapidité inhabituelle.

Les jeunes et les vieillards payent surtout un lourd tribut.

Telle est l'impression générale qui se dégage de la lecture des documents publiés jusqu'ici. Nous assistons donc à la démonstration hélas ! quasi-expérimentale du rôle joué par le terrain dans l'éclosion et l'évolution de la maladie tuberculeuse. Maladie de misère physiologique, la tuberculose profite de la chute du potentiel de résistance générale de nos populations sous-alimentées, pour étendre ses ravages.

Il n'était pas de raison que la région du Nord échappât à ce danger. Comme les autres contrées, elle souffre du déséquilibre alimentaire. Les mêmes causes engendrant les mêmes effets, nous ne sommes pas étonné d'assister ici à une réédition accélérée de ce qui s'est observé sur cette même terre en 1914-1918.

Déjà, en juin dernier, MM. Gernez-Rieux, Duthoit et Warembourg à la Société d'Etudes scientifiques pour la Tuberculose avaient signalé l'allure tumorale et l'abcédation brutale des adénopathies cervicales plus nombreuses que de coutume.

Tout récemment en novembre, à la Société de Médecine du Nord, MM. Auguste et Paris ont tenu à rapporter les constatations qu'ils avaient pu faire sur l'aspect clinique actuellement atypique des méningites bacillaires tandis que MM. Macquet et Breton relataient la méchanceté inaccoutumée de la tuberculose rénale chez les jeunes, l'importance des destructions anatomiques, et la fréquence des complications tuberculeuses post-opératoires, malgré des néphrectomies précocement faites.

Déférant par ailleurs au vœu exprimé par Sakka dans son dernier article de la *Revue de la Tuberculose*, nous avons alors montré la gravité exacerbée de la tuberculose dans le Nord, non plus en tablant « sur des impressions cliniques recueillies dans les services hospitaliers » mais en basant notre opinion sur des statistiques d'ensemble tirées de l'étude de la vie et du mouvement sanitaire d'un dispensaire d'hygiène sociale.

Le dispensaire d'hygiène sociale dont il s'agit est celui de Lambersart-lez-Lille. Suburbain, il contrôle une population essentiellement ouvrière de trente-six mille âmes, qui n'ont pas les possibilités financières d'échapper aux restrictions alimentaires. Nous y avons trouvé le reflet exact de la situation actuelle.

Un tableau, que nous ne pouvons malheureusement reproduire ici, montre :

1° Une augmentation en 1941 de 70 % du nombre global des tuberculeux par rapport aux années 1937, 1938 et 1939 ;

2° La part prépondérante prise par l'accroissement considérable des primo infections dans ce pourcentage ;

3° La légère poussée du nombre des tuberculoses à bacilloscopie positive.

L'étude complémentaire des fiches cliniques et radioscopiques, dues à l'observation d'un seul et même médecin pendant huit ans, permet en outre d'apporter certaines précisions.

Les primo infections se voient surtout aux environs de la période pubertaire et vers les vingt ou vingt-cinq ans. L'évolution est beaucoup plus sévère que jadis. Les formes extra-pulmonaires, pleurales surtout, sont plus fréquentes. La résolution des types bénins se fait plus au ralenti. La convalescence clinique est plus pénible.

Les bacilloscopies positives groupent surtout des tuberculoses de réveil, à éclosion brusque, après des années de stabilisation, et de consolidation en apparence solide. Les réveils se remarquent aussi bien chez des sujets ayant relativement peu maigri, que chez d'autres ayant présenté des chutes de poids de dix à quinze kilos dans les deux à trois mois précédant la reprise de l'infection. La bilatéralisation est rapide — souvent d'emblée. La caséification est brutale. Il s'agit de formes toxiques, à évolution écourtée. Les sujets de plus de cinquante ans, lorsqu'ils sont touchés, le sont durement.

Les recherches du même ordre que nous avons poursuivies auprès du personnel d'une grande administration que nous contrôlons au titre de médecin phtisiologue nous ont permis de faire les mêmes constatations.

Qu'il nous soit permis cependant de mentionner que les citadins sont plus touchés que les ruraux, pour des raisons faciles à comprendre.

Or, qu'il s'agisse de tuberculose pulmonaire, de tuberculose ganglionnaire ou de tuberculose rénale, l'on ne peut manquer de remarquer que partout le type ulcéro-caséeux toxique par fonte caséeuse rapide domine actuellement. La tuberculose est une. Ses formes anatomo-cliniques dépendent donc moins de la qualité du microbe que de la valeur du terrain ; tout ceci vient à l'appui de ce que M. Sergent enseigne depuis de longues années.

Il y a donc, en 1941, aggravation et progression de la tuberculose en France.

Tous attribuent cette situation à une chute de la résistance générale aux infections et aux intoxications, à une résistance faible particulièrement vis-à-vis du bacille de Koch.

La sous-alimentation et le déséquilibre alimentaire sont, à juste titre, tenus pour responsables.

L'hypoalimentation, malgré la réduction de la dépense totale de fond faite aujourd'hui par chacun, entraîne une déficience énergétique sérieuse de conséquences parce que l'on ne peut y parer.

Le déséquilibre alimentaire entraîne :

— D'une part des carences ou plutôt des états de précarences sur lesquels l'on a beaucoup insisté au cours de ces derniers temps ;

— Précarences en vitamines, nettes pour les A et C, comme l'ont montré en particulier MM. Lambret, Boulanger, Swynghedauw, Driessens ;

— Précarences en protéines et acides aminés ;

— Déficit en sels minéraux, en magnésium, « en potassium, surtout pour le calcium (Mme Randoin et Ch. Richet), un des points les plus sombres du tableau alimentaire » (M. Hinglais) ;

— D'autre part par l'apparition de ces substances diétotoxiques ; toxiques conditionnels, comme le comprend le professeur G. Mouriquand, nuisibles au maintien d'une bonne santé.

La sous-alimentation, grave déjà par elle-même, est encore aggravée par le déséquilibre alimentaire contre lequel Mme Randoin, M. Lecocq demandent de lutter en variant, autant que faire est possible, notre alimentation. Il y a là un cercle vicieux.

Le caractère général de ces causes enlève à leur précision.

Aucune ne peut être à elle seule incriminée.

C'est par leur groupement qu'elles interviennent. A ces facteurs divers il convient évidemment d'adjoindre les facteurs moraux déjà invoqués autrefois par Laënnec et qui jouent sur notre équilibre vagosympathique de défense.

Ceci dit, il est permis de se demander pourquoi la poussée actuelle de tuberculisation se produit-elle aussi vite après le début réel des restrictions.

Or, aucune région, mieux que la nôtre, ne se prête mieux à une étude de ce genre. En moins de vingt-cinq ans, le Nord connaît deux épreuves. Sur la façon dont ont été alimentées, et sont alimentées les populations, nous avons tous les renseignements désirables en parcourant le rapport de MM. Maurice Breton et Ducamp au Ve Congrès National de la Tuberculose, à Strasbourg, en 1923, et la conférence si documentée de Boulanger parue dans l'*Echo Médical* en avril 1941.

La comparaison de ces documents prouve qu'actuellement notre alimentation est, dans sa composition, très différente de celle qui était distribuée en 1917.

A peu près le même chiffre de calories ; couverture moindre du besoin minimum en protéines ; faible proportion des protéines animales aggravant l'insuffisance quantitative de l'apport protéique ; moins d'acides aminés ; surtout chute aux deux tiers de la ration de graisses.

Les tuberculeux pulmonaires souffrent en outre nettement de précarence en vitamines A et C comme il en résulte des recherches de MM. H. Warembourg, Boulanger, Swynghedauw et Poiteau (Société de Médecine du Nord, novembre 1941).

Si l'on veut alors établir une balance entre ce qui se produit aujourd'hui et ce qui s'est passé pendant la guerre 1914-1918, en matière de tuberculose, l'on peut estimer que nous sommes en fin 1941 dans une situation voisine de celle du milieu de 1917. En raison des circonstances il est logique de craindre que cette situation s'aggravera encore.

C'est sur cette note pessimiste que nous terminons ce recueil de faits.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 15 décembre 1941

M. H. Vincent, président, prononce l'éloge de M. Emile Picard, secrétaire perpétuel, récemment décédé.

Séance du 22 décembre 1941

Séance publique annuelle. — Allocution de M. Hyacinthe Vincent, président.

Proclamation des prix et subventions attribués en 1942 (voir *Gaz. Hôp.*, 1942, nos 1-2, 7 janvier, p. 2).

Séance du 29 décembre 1941

La nicotinamide dans les tissus du fœtus humain. — M. André Lwoff, Mlle Madeleine Morel et M. Louis Digonnet.

Les protéines des sérums humains et les immunisines antimorbilleuses. — M. Henri Bonnet et Mme Odette Leau.

Séance du 5 janvier 1942

Installation du bureau. — M. Hyacinthe Vincent prononce une allocution en quittant la présidence.

M. Ernest Esclangon, président pour 1942, prononce à son tour une allocution en prenant possession du fauteuil de la présidence.

Enrichissement du lait de la femme en vitamine P. P. après ingestion de nicotinamide. — MM. André Lwoff, Louis Digonnet et Hisatake Dubi.

Séance du 12 janvier 1942

L'acétylation pyridique des glucides. — M. Alfred Léman.

Séance du 19 janvier 1942

Le gel du sol et l'épaisseur de la couche de neige. — M. Henri Geslin. — Les grands froids de janvier 1941 et les journées de verglas observées, notamment à Paris, ont permis à l'auteur de faire d'intéressantes observations sur le rôle d'écran que joue la neige, même de faible épaisseur, sur les échanges thermiques entre l'atmosphère et le sol.

Cette année, dans un sol très humide et à la suite d'une période de glace particulièrement exceptionnelle, une couche de neige de 26 centimètres aurait été nécessaire pour empêcher tout gel du sol ; avec une épaisseur de 1 à 2 cm. la gelée a pénétré à près de 30 cm., la température à 5 cm. de profondeur oscillant entre —3° et —6° pendant plusieurs jours.

Recherches sur l'action nerveuse des vitamines. — M. Paul Chauchard établit que le fonctionnement correct des centres nerveux est lié à un taux déterminé, normal, des diverses vitamines. Leur présence en excès, même très légèrement, cause, comme leur carence, des modifications caractéristiques de l'excitabilité nerveuse.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 3 février 1942

M. le Président fait part du décès de M. Voron (de Lyon), correspondant national dans la section de chirurgie et accouchements.

Rapports. — M. Balthazard donne lecture d'un rapport au nom de la commission du *contrôle médical.*

M. Goris, lit un rapport sur les *produits de remplacement en pharmacie.*

Indépendance nosographique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse et de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. — MM. Georges Guillain, Ivan Bertrand et Mme Godet-Guillain. — Des auteurs

PROGRÈS Alu-Sulfamide pyridique PROGRÈS

LYSAPYRINE

402 M.

Alu-tri (paraaminophénylsulfamidopyridine)

ADMIS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Guérison de la BLENNORRAGIE en 3 jours par voie buccale — Excellente tolérance.

AUTRES INDICATIONS : Pneumonie — Méningite cérébro-spinale — Fièvre Puerpérale — Streptococcies.

APPLICATIONS EXTERNES - Traitement des Plaies - Dermatoses - Pyodermites - Ulcères

POSOLOGIE

Comprimés: 6 à 8 comprimés par jour, un comprimé toutes les heures.
Ampoules : 1 à 3 ampoules intramusculaires par jour.
Poudre — Pommade — Solution Hydro-Alcoolique.

Littérature Éts MOUNEYRAT, 12, r. du Chemin-Vert, Villeneuve-la-Garenne (Seine)

L'échec fréquent des innovations en thérapeutique pulmonaire met brillamment en relief le succès ininterrompu du

SIROP FAMEL

AU LACTO-CRÉOSOTE SOLUBLE

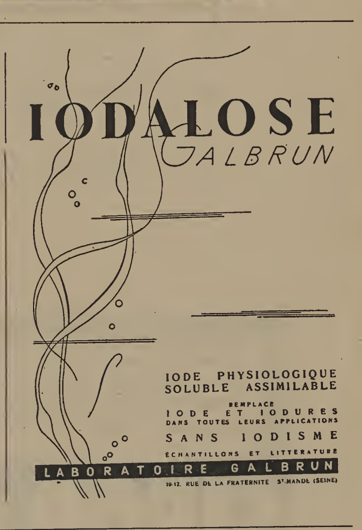
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Echantillons gratuits au Corps Médical, sur demande signée, exclusivement

LABORATOIRE FAMEL, 16-22, RUE DES ORTEAUX, PARIS. 20e



L'ENDOPANCRINE
Insuline française pour Injections hypodermiques
COMBAT
LA GLYCOSURIE • L'ACIDOSE
PLUS DE SUCRE
PLUS D'ACÉTONE
LA DÉNUTRITION
ET L'ARTÉRIO-SCLÉROSE
ENDOPANCRINE
INSULINE FRANÇAISE
centimètres-cubes
chaque centimètre cube contient
15 20 10 25 5 0 30
TENSION ARTÉRIELLE
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION -- PARIS (XVe)





VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS
LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL
DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

américains ont étudié une famille de race nègre dont dix membres appartenant à quatre générations présentaient un syndrome clinique d'atrophie cérébelleuse ; trois autopsies ont révélé des lésions indiscutables d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. S'appuyant sur ces faits, le professeur G.-B. Hassin (de Chicago) a soutenu que l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre-Marie et l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse de Dejerine et Thomas ne sont qu'une seule et même maladie.

MM. G. Guillain, I. Bertrand et Mme Godet-Guillain ayant eu la possibilité d'examiner les préparations anatomiques de trois membres de la famille qui a servi de prototype à la maladie de Pierre-Marie, et d'examiner aussi des cas anatomiques indiscutables d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse montrent que non seulement les localisations, mais aussi la nature même des processus anatomiques sont distincts dans le deux cas. Au point de vue de la pathologie générale, l'hérédo-ataxie cérébelleuse a des rapports avec la maladie de Friedreich et la paraplégie spasmodique familiale. L'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse est une autre maladie se développant presque toujours tardivement dans la vie. Les concepts de la neurologie classique sur l'indépendance nosographique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse et de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse doivent être maintenus.

Enquête sur l'état actuel des enfants. — MM. Julien Huber, Collesson et Rouèche présentent le premier rapport du Comité National de l'Enfance sur l'état actuel des enfants, à la suite d'une enquête menée dans toute la France occupée. Il en résulte que la grande enfance et surtout l'adolescence subissent, du fait des restrictions actuelles, un amaigrissement notable et des troubles généraux rendant le travail physique et intellectuel plus difficile.

S'il n'a pas été constaté en grand nombre de maladies par carence, du moins un syndrome neuro-œdémateux a-t-il été décrit et les recherches biologiques établissent des troubles marqués de l'équilibre organique.

Enfin, la gravité des formes aiguës de tuberculose et leur fréquence sont soulignées aux divers âges, les primo-infections tendent à se montrer plus nombreuses.

Les facteurs à incriminer sont non seulement le déficit énergétique de la ration alimentaire mais son déséquilibre surtout en protides animales et lipides qui s'ajoutent aux carences.

L'allaitement artificiel. — M. Lesné fait une communication sur la nécessité de modifier la technique de l'allaitement artificiel et des régimes lactés en raison des règlements récemment mis en vigueur concernant le taux butyreux du lait.

L'intoxication oxycarbonée des gazogènes. — MM. Lœper et A. Gautier.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 28 janvier 1942

Allocutions de M. P. Mathieu, président sortant, et de M. L. Bazy, président pour 1942.

A propos de la gastro-entérostomie et de la gastrectomie. M. Basset. — M. Banzet estime qu'en cas d'ulcère de l'estomac la gastro-entérostomie reste une opération d'exception ; sur 141 opérations il a fait 131 gastrectomies ; les résultats fonctionnels sont très vite excellents et les malades sont à l'abri de tout incident ultérieur.

Un cas de tétanos post-abortum. — MM. P. Brocq et Brenier insistent sur l'intérêt du traitement médico-chirurgical ; l'ablation du foyer tétanigène doit être faite systématiquement.

Volvulus du cæcum. Examen radiologique. Détorsion. Guérison. — MM. Cl. Rouvillois et Debeyre. — M. J. Gosset rapporte cette observation intéressante surtout par les clichés radiographiques qui permirent de faire le diagnostic.

Sulfamidothérapie des plaies de guerre et gangrène gazeuse dans un H. O. E. primaire. — MM. Cl. Beclère, Bouroullec et Delinotte. — M. Capette rapporte ce travail basé sur 430 observations ; six cas de gangrène gazeuse primitive guérirent avec simplicité grâce au 1162 F. Aucune gangrène gazeuse secondaire ne fut observée sur les blessés opérés et sulfamidés.

M. Lenormant rappelle que certains chirurgiens étrangers n'admettent pas l'action des sulfamides.

M. J. Gosset a observé un cas de gangrène gazeuse de la fesse qui a guéri grâce aux sulfamides.

MM. S. Blondin et R. Monod ont été très satisfaits de l'emploi des sulfamides.

Les récidives éloignées du cancer du sein. — M. Hartmann a observé des récidives très éloignées : 46 ans après l'exérèse sur la cicatrice, les récidives locales évoluent rapidement en un ou deux ans ; c'est parfois la manifestation d'une généralisation.

M. Richard a observé deux récidives : l'une après 22 ans, l'autre après 3 ans.

M. Mondor a eu une récidive après 14 ans ; exérèse, nouvelle récidive au bout de six ans ; mort un an et demi après par cancer pleuro-pulmonaire. La chirurgie des récidives n'est pas aussi mauvaise qu'on pourrait le croire.

M. Petit-Dutaillis soulève la question des métastases uniques qui se produisent plusieurs années après l'opération primitive ; il cite un cas de métastase cérébrale localisée qui a récidivé deux fois sur place.

M. Roux-Berger montre l'ignorance où nous sommes du mécanisme de ces récidives et de ces métastases locales.

Présentation d'instrument. — M. R. Bernard présente un davier et des fiches permettant de faire une prothèse externe du fémur.

Présentation d'une pièce de gastrectomie totale. — M. Basset.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 janvier 1942

Heureux effets de l'hormone lutéinique dans un cas d'hématémèse et de crises de tétanie à répétition. — MM. Chabrol, Cl. Beclère, Sallet et Blanchard. — Après échec de la thérapeutique folliculinique, chez une femme aménorrhéique, ayant présenté des crises de tétanie avec hématémèses et poussées fébriles, les auteurs ont obtenu la réapparition des règles avec deux injections mensuelles l'hormone lutéinique.

Existence de la dégénérescence combinée subaiguë de la moelle au cours des leucémies. — M. Rouquès. — Les observations de leucémiques dont trois présentaient des signes médullaires frustes. La dégénérescence combinée pure de la moelle n'existe pas au cours des leucémies, et les signes médullaires parfois observés semblent rattachables à des lésions vasculaires.

Observations cliniques et biologiques sur des cas de pellagre. Fréquence des formes diarrhéiques. — MM. Gounelle, Manda, Bachet. — Observation de cas de pellagre avec troubles digestifs, diarrhée et érythèmes, sans troubles psychiques. Absence parfois de l'érythème. Pas de parallélisme entre les signes cliniques et les données biochimiques. Les auteurs pensent que ces caractères sont dus aux conditions de nutrition des malades.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Questions fiscales

Dans une note parue dans le numéro du 14 janvier 1942, à la suite de la campagne de diffamation contre le Corps Médical, nous exprimions le souhait et l'espoir que ces insanités et ces calomnies fussent réfutées. Mais, hélas ! notre souhait ne fut pas exaucé : non seulement il semble que cette campagne ait été écoutée, non seulement il n'y fut pas répondu comme il se devait, mais il est certain qu'elle a porté des fruits.

D'après les nouvelles dispositions fiscales, au livre-journal se trouve ajouté le carnet de reçus pour toute somme non réglée par un chèque nominatif ; en outre, le médecin devra inscrire sur les feuilles de maladie les honoraires demandés aux assurés sociaux. Ainsi les Caisses d'Assurances Sociales contribueront au contrôle des déclarations des revenus des médecins. Enfin, chaque contribuable pourra déduire de ses revenus jusqu'à concurrence de 10.000 francs, le tiers des honoraires versés à des médecins : ainsi chaque contribuable se trouvera inciter à jouer le rôle de dénonciateur.

Il y a lieu de noter que l'Académie de Médecine, il y a quelques années, avait repoussé le carnet de reçus comme contraire à la dignité médicale.

Et la Confédération des Syndicats Médicaux Français avait été sévèrement critiquée pour avoir admis le seul livre-journal !

Quant aux carnets de reçus, ils seront contrôlés à la requête de l'Administration des Contributions Directes, par un médecin délégué par le Conseil départemental de l'Ordre. Nous ne voyons pas très bien un médecin acceptant de faire cette besogne.

A. Herpin.

P.-S. — La Société Médicale du 17e arrondissement vient de voter un ordre du jour déplorant l'atteinte portée par ces dispositions à l'honneur et à la dignité du Corps Médical pour le plus grand dommage de la Santé Publique.

NOTES POUR L'INTERNAT

ACCIDENTS DU TRAITEMENT PAR LES SULFAMIDES

Généralités

Ces accidents sont suffisamment rares pour ne pas être un obstacle au traitement des affections graves où les sulfamides ont fait leurs preuves. Mais la connaissance de ces accidents incite à ne pas généraliser l'emploi des sulfamides pour des infections où leur action est douteuse.

On peut très schématiquement diviser l'étude de ces accidents en bénins et graves et en accidents dus à une sensibilité particulière du malade. Sensibilité acquise ou innée.

I. — Accidents bénins. — Les plus fréquents :

1° Signalons tout d'abord un certain nombre de *malaises* : céphalée, nausées, vomissements, diarrhée, qui peuvent survenir dès les premiers jours de l'institution du traitement, et sont particulièrement fréquents avec le 693 administré par la bouche. Ces incidents sont sans gravité et régressent très rapidement quand on cesse le traitement ou qu'on l'administre par une autre voie.

2° *La cyanose* est déjà un peu plus impressionnante ; elle s'observe surtout avec (1162 F) la paramino-phényl-sulfamide et avec le 1399 ; elle apparaît dans 60 % des cas lorsqu'on prolonge un traitement de 4 grammes par jour de ces produits.

Il s'agit d'une coloration bleue ou violacée prédominant à la face et aux extrémités. La cyanose peut s'accompagner de douleurs rétro-orbitaires, de palpitations, de nausées, de douleurs abdominales.

Elle cesse un ou deux jours après l'arrêt du traitement.

Elle a été expliquée *par divers mécanismes* :

a) Pour Millian il s'agissait d'une vaso-dilatation paralytique par intoxication du sympathique ;

b) Pour d'autres auteurs, la cyanose serait liée à la méthémoglobinémie par transformation de l'hémoglobine ; grâce à la fonction aminée, la cyanose serait ainsi de même nature que celle que l'on observe au cours de l'intoxication par l'aniline ;

c) Pour d'autres, enfin, la cyanose serait souvent liée à la sulphémoglobinémie décelable par l'examen spectroscopique du sang ; elle serait favorisée par la présence d'H^2S dans l'intestin et par l'absorption de sulfate de soude ou de magnésie.

3° *Les accidents cutanés* peuvent se manifester avec tous les sulfamides ; leur fréquence serait plus grande avec les dérivés azoïques. Ils se manifestent du 8e au 15e jour sous forme de :

Erythèmes morbilliformes ou scarlatiniformes prurigineux survenant par poussées s'accompagnant ou non de signes généraux, d'éléments papulo-œdémateux, fugaces, mobiles, prurigineux, de *type urticarien.*

Plus rarement, on observe des éléments maculo-papuleux et vésiculeux et bulleux, avec stomatite et lésions érosives de la langue et des lèvres.

On a cité plusieurs cas de photo-sensibilisation avec éruption prurigineuse érythémato-vésiculeuse siégeant aux parties découvertes après exposition au soleil ;

4° *Les troubles de la spermatogénèse* : diminution du nombre des spermatozoïdes ; augmentation des formes anormales ; ces troubles de la spermatogénèse sont inconstants et transitoires.

II. — Accidents graves :

1° Sanguins :

L'agranulocytose est le plus grave et peut se voir avec tous les sulfamides car elle semble provoquée par le noyau benzénique lié au groupe aminé. Il se traduit avant tout par des modifications du nombre des globules :

— Anémie.

— Leucopénie.

Des modifications de la formule leucocytaire :

Diminution considérable des granulocytes et des plaquettes.

Signes auxquels peuvent se joindre :

Un syndrome infectieux des signes bucco-pharyngés, des hémorragies, du purpura, un allongement considérable du temps de saignement, une fragilité capillaire, de l'irrétractilité du caillot, un signe du lacet positif.

La mort survient dans les cas accentués.

Grâce à la surveillance des malades on n'observe guère les formes graves, mais les formes atténuées, avec anémie discrète, légère diminution des granulocytes.

On a signalé des cas *d'anémie hémolytique* fébrile.

2° *Nerveux* :

On a signalé des cas de :

Polynévrites des membres inférieurs observées surtout avec des dérivés sulfonés (uliron).

Elles se manifestent par des crampes dans les membres inférieurs, des troubles moteurs portant surtout sur les péroniers ; certaines ont été tenaces avec steppage persistant.

De *névrites optiques* passagères.

De *myopie* spasmodique.

De *troubles mentaux*, délire hallucinatoire, état confusionnel, signalés chez le vieillard, particulièrement.

Quant aux paraplégies liées à l'introduction par voie intrarachidienne de 693 dans un solvant caustique, elles ne doivent plus se voir depuis que l'on en a formellement proscrit l'usage.

3° *Hépatiques* :

Il est exceptionnel d'observer des ictères graves par atrophie jaune aiguë du foie, avec agitation, délire, ictère léger, mort. On a signalé, par contre, des troubles légers de la fonction hépatique.

4° *Rénaux* :

On a rapporté un cas de coma azotémique ; encore n'est-on pas sûr qu'il ne fut pas en rapport avec l'infection traitée, car expérimentalement, on n'obtient pas de lésions rénales par administration des sulfamides. Il faut savoir, cependant, qu'un rein lésé élimine moins bien les sulfamides et qu'il faut suivre, chez les rénaux, le taux sanguin de sulfamide pour éviter leur accumulation.

5° *L'acidose* : on peut observer au cours du traitement une baisse de la réserve alcaline.

Si tous ces accidents surviennent habituellement après des doses élevées ou prolongées, et sont reproductibles expérimentalement, il n'en est pas de même des accidents suivants :

III. — Accidents liés a une sensibilité particulière du malade aux sulfamides :

Sensibilité acquise : on a observé des accidents brutaux à type d'apoplexie séreuse ou d'agranulocytose après reprise, à doses modérées, d'un traitement interrompu pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, alors que les premières doses avaient été bien supportées.

Sensibilité innée idiosyncrasie : on a signalé des accidents graves de choc ou d'agranulocytose survenant dès les premières doses très modérées de sulfamides ; parfois, on retrouve chez le même malade des intolérances successives très vives à des substances très diverses.

Traitement

Les accidents dus à un terrain particulier sont difficiles à éviter quand on n'a pas la notion d'une intolérance antérieure.

Les accidents toxiques proprement dits sont plus facilement évitables par un certain *nombre de précautions prophylactiques* :

1° *Proscription de certaines associations médicamenteuses* :

a) Du sulfate de soude ou de magnésie susceptible de favoriser la sulfhémoglobinémie ;

b) Du novarsénobenzol, des sels d'or, du pyramidon, de l'antipyrine, du bismuth et même, pour certains, de l'aspirine, susceptibles de favoriser les accidents sanguins.

2° *On peut recommander* :

Le *bicarbonate de soude* pour éviter l'acidose.

Les *boissons abondantes* pour éviter l'accumulation.

La *vitamine P. P. et surtout le repos* qui diminuent les accidents.

3° Il faut surtout surveiller les malades, changer de médication en cas de cyanose, surveiller la formule leucocytaire, ne jamais prescrire un traitement prolongé sans revoir le malade fréquemment.

Traitement curatif :

Accidents digestifs : bicarbonate de soude, belladone ; changer la médication ou la voie d'introduction.

Cyanose : adrénaline pour Millian.

Agranulocytose : transfusions, nucléotides de pentose.

A. de Lignières.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESE DE MEDECINE

Mercredi 28 janvier 1942. — Jury : MM. Abrami, de Gennes, R. Couvelaire, Soulié. — M. Petit. Etude historique des doctrines concernant les néphrites et la grossesse.

THESE VETERINAIRE

Jeudi 29 janvier 1942. — Jury : MM. Gougerot, Verge, Lesbouyries. — M. Orceval. La gourme. Traitement par les sulfamides.

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon
BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME
Dr L. BÉLIÈRES - 19. RUE DROUOT - PARIS

Granules CATILLON STROPHANTUS
à 0,001 Extrait Titré de
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.
Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE
Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine " Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900
PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

INJECTION
SOUS-CUTANÉE
de 1 centicube
POUR DÉBUTER,
puis 2 centicubes
BOITES DE
SIX AMPOULES
DE 2 cc
LYSATS VACCINS du Dr DUCHON
GYNECO
VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
INFECTIONS
DE
L'APPAREIL
GÉNITO-URINAIRE
DE LA
FEMME

Question sur les selles du nourrisson

Si, comme tant d'observateurs l'ont noté, les selles de l'enfant nourri au lait concentré « non sucré homogénéisé » ressemblent à celles du nourrisson au sein, n'est-ce pas la preuve de sa parfaite digestibilité et un témoignage facile à vérifier ?

GLORIA est le lait du Nourrisson.

LAIT GLORIA

CONCENTRÉ - NON SUCRÉ - HOMOGÉNÉISÉ

34, 36, Boulevard de Courcelles, Paris (17e)

RHINAMIDE



CHIMIOTHÉRAPIE SULFAMIDÉE LOCALE
DES INFECTIONS AIGUËS ET CHRONIQUES DU
RHINO-PHARYNX

CORYZAS-RHINITES-ADÉNOÏDITES
RÉACTIONS SINUSIENNES-GRIPPE

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES INFECTIONS ÉPIDÉMIQUES

EN INSTILLATIONS ET PULVÉRISATIONS FRÉQUENTES

LITTÉRATURES ET ÉCHANTILLONS

LABORATOIRES A. BAILLY — 15, RUE DE ROME — PARIS 8E

CHRONIQUE

La leçon inaugurale de M. le Professeur Pierre Gastinel

Il n'y avait pas eu à la Faculté de Médecine de Paris de leçon inaugurale depuis les douloureux événements de 1940. C'est à M. le Professeur Gastinel qu'est revenu l'honneur de reprendre cette grande tradition au moment où il succède, dans la chaire de bactériologie, à M. Robert Debré.

Malgré une forte chute de neige qui rendait les communications bien difficiles, les amis et les élèves de M. Gastinel se pressaient dans le grand amphithéâtre. Je note au hasard des entrées : MM. Gaston Ramon, Guéniot, Chiray, Boivin, Urbain, Lian, Paul Claisse, Brindeau, Porte, Justin-Besançon, Clerc, Aubertin, Nobécourt, Chabrol, Lantuéjouls, Tréfouel, Noël Bernard, Jolly, Giroud, Troisier, Verne, Duvoir, Genevrier, Nègre, Fernand Bezançon, Basset, Gatellier, Eugène Terrien, Robert Debré, Joannon, Sacquépée, le doyen honoraire Tiffeneau... Du côté des dames, Mme Gastinel et ses enfants, Mme Lemierre, Mme Fiessinger.

Mais voici le massier précédant le doyen, le nouveau professeur et la délégation des professeurs en robe : MM. les professeurs Fiessinger, Brumpt, Bénard, Lemierre, Binet, Gougerot, Tanon, Polonovski, Pierre Mocquot, Pasteur Vallery-Radot, Hazard...

M. le Doyen Baudouin salue le nouveau professeur et fait ressortir l'importance croissante de la chaire de bactériologie. Il rappelle les beaux travaux de Gastinel sur les virus vaccinal et herpétique, sur les maladies infectieuses, en particulier la scarlatine, sur les septicémies en général, sur la syphilis expérimentale... Avec Gastinel qui est un médecin de race et un savant dont les travaux sont connus dans le monde entier, la chaire de bactériologie médicale est en de bonnes mains.

Très applaudi par l'assistance M. Gastinel, prend la parole Ses premiers mots sont une invocation émue à la France douloureuse. Il remercie ensuite le doyen, ses collègues, ses amis.

Rappelant son origine terrienne et bien française, ce bas-alpin parle de ses ancêtres médecins à Barcelonnette, de son père, mathématicien venu à la médecine par l'histoire naturelle. — Beaucoup d'entre nous ont conservé le souvenir de cet assistant de Baillon. Il y a bien longtemps, Paul Ravaut et moi fûmes les élèves de M. Gastinel, père, dont la haute culture et la patience nous laissèrent un grand souvenir. D'autres Gastinel ont laissé en médecine, dans les arts, dans l'université, un juste renom. Nous nous excusons d'ajouter ces souvenirs personnels à ceux qu'évoqua avec une légitime fierté le nouveau professeur. — Gastinel rappela encore le souvenir de son beau-frère Méry, le grand pédiatre, puis il parla de ses maîtres.

Il était externe de Widal l'année où il fut reçu à l'internat. Thibierge fut à Saint-Louis son premier chef. C'est chez Thibierge qu'il se lia avec le regretté Paul Ravaut et avec mon frère. Puis il fut l'interne de Paul Claisse et de Landouzy. Fernand Bezançon, son prédécesseur à la chaire de bactériologie, fut un des maîtres à qui il doit le plus — signalons que M. Gastinel portait hier la robe professorale donnée par M. Bezançon. — Enfin, il fut interne de Pierre Teissier, en même temps que Tanon, dans cet hôpital Claude-Bernard où, aux côtés de Lemierre, il a pu, depuis, mener à bien tant de beaux travaux...

M. Pierre Gastinel aborde alors le sujet de son cours qui portera sur les bactéries pathogènes pour l'homme et les applications au diagnostic, au traitement et à l'étude physiopathologique des maladies infectieuses.

Après d'admirables pages qui nous laissent prévoir combien sera clair, précis et complet son cours, le nouveau professeur s'adresse aux étudiants, il trace un programme d'enseignement. L'étude de la bactériologie ne sera pas un « catalogue de microbes », il étudiera la bactériologie au point de vue médical, tout en aiguillant ses élèves vers la recherche. Son cours sera simple, accompagné de cours complémentaires. Chaque année, avec le concours de ses collègues de la Faculté, il organisera une série de leçons d'actualité.

Les amis de Gastinel, les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, qui ont pu souvent apprécier ses beaux travaux, savent que le nouveau professeur justifiera la confiance de ses collègues.

F. L. S.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo* *Poudre de Belladone* *Evonymine brune, Agar-Agar* *1 à 2 comprimés 1/2 heure avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
INSUFFISANCE HÉPATIQUE		
VULCRINOL Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait de foie de veau* FRAIS *Thiosulfate de magnésium* *Hexaméthylène tétramine*	Insuffisance hépatique Etats anaphylactiques Intoxications
MALADIE DE BASEDOW		
DIIODOTYROSINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Iode organique* Comprimés à 0.10 1 à 3 par jour et plus	Maladie de Basedow
Troubles nerveux et mentaux		
SOMNIFÈNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Le plus maniable des hypnotiques* Gouttes : 30 à 60 p. j. Amp. : 2 cm³ : 1 ss.-cut. au coucher Amp. 5 cm³ : 1 endov. p. j. et plus	Toutes insomnies, même compliquées Troubles nerveux et mentaux

Copyright VS-5-1942

LIVRES NOUVEAUX

L'Année Thérapeutique 1940, par A. Ravina. Un volume de 194 pages, 34 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Comme chaque année, l'*Année Thérapeutique* résume parmi les publications publiées en France et à l'étranger :

— Des traitements nouveaux se rapportant à de nombreuses maladies en particulier : alcoolisme, brûlures, diarrhée infantile, épilepsie, zona...

— L'exposé de méthodes et de techniques thérapeutiques parmi lesquelles : anesthésie, radiothérapie, transfusion.

— Enfin, l'étude de médications nouvelles avec leurs différents emplois : les hormones, les sulfamides, les vitamines y sont l'objet d'études particulièrement intéressantes.

En feuilletant la table des matières des dix dernières années, publiée dans ce volume, on apprécie particulièrement l'intérêt de cet ensemble qui constitue un excellent traité, parfaitement tenu à jour, des thérapeutiques nouvelles.

M. L. S.

Phonocardiographie (*auscultation collective, acoustique, technique, clinique*), par C. Lian, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Tenon, G. Minot et J.-J. Welti. Préface du professeur A. Strohl. Un volume de 256 pages avec 121 figures : 100 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

La phonocardiographie n'est pas destinée à remplacer l'auscultation, mais à l'aider, à en préciser les données, à apporter des renseignements supplémentaires que ne peut donner l'oreille, si exercée soit-elle. Elle est un moyen dont les résultats doivent être confrontés avec ceux d'un examen clinique, radiologique, électrocardiographique, humoral, pour tout dire, avec ceux de l'examen complet du malade.

Le but des auteurs est de faire dans ce livre le bilan de cette méthode nouvelle qu'est la phonocardiographie et de son associée l'auscultation collective. Ils tiennent compte de tous les travaux nouveaux, ils critiquent les techniques et les opinions, ils exposent enfin leurs recherches personnelles.

L'ouvrage se divise en trois parties :

Une première partie, physique, où sont envisagées quelques données physiques générales sur l'acoustique, base indispensable à l'étude de l'outillage phonocardiographique et à l'interprétation des signes stéthacoustiques tant cliniques que graphiques.

Une deuxième partie, technique, où sont précisées les qualités que doit réunir un bon appareillage d'auscultation collective et d'inscription phonocardiographique : des notions et des critiques générales ainsi formulées découlent tout naturellement la conception et la description de l'appareillage original que le Dr Lian a réalisé et employé.

Une troisième partie, clinique, où sont exposés les résultats et l'importance pratique de la phonocardiographie, et envisagées brièvement ensuite les données et l'intérêt de l'inscription graphique pour quelques phénomènes d'auscultation respiratoire et abdominale.

Tibère, par Gregorio Maranon, traduit de l'espagnol par Louis Parrot. Préface de M. Anatole de Monzie. Un vol. broché, prix : 36 francs. N. R. F. Gallimard, éditeur, Paris.

Peu de jours avant son départ pour Madrid, où il allait reprendre sa belle chaire d'endocrinologie, son service hospitalier, retrouver ses malades et ses amis, le professeur Gregorio Marañon a bien voulu me remettre son *Tibère*. Ce livre n'est pas seulement une œuvre qu'un grand historien aurait été fier de signer, c'est une magnifique étude médicale qui fait suite aux beaux travaux de Marañon sur la sexualité.

Tibère, pour le grand public, a toujours passé pour un tyran sanguinaire. Marañon nous démontre qu'il était, en réalité, un timide sexuel. Et nous arrivons à ce paradoxe un peu extraordinaire d'apparenter le tigre Tibère et le doux Amiel auquel Marañon consacra naguère un admirable volume, véritable traité de la timidité.

Après une très savante étude historique dans laquelle l'auteur tâche d'écarter le légendes et de rétablir les faits, il nous expose une théorie du *ressentiment* qui, avec la timidité et l'hypocrisie, se montre à tous les moments de la vie de Tibère.

L'étude du ressentiment, depuis ses racines, l'histoire de la lutte des castes, le portrait physique et mental du protagoniste s'enchaînent de la manière la plus harmonieuse.

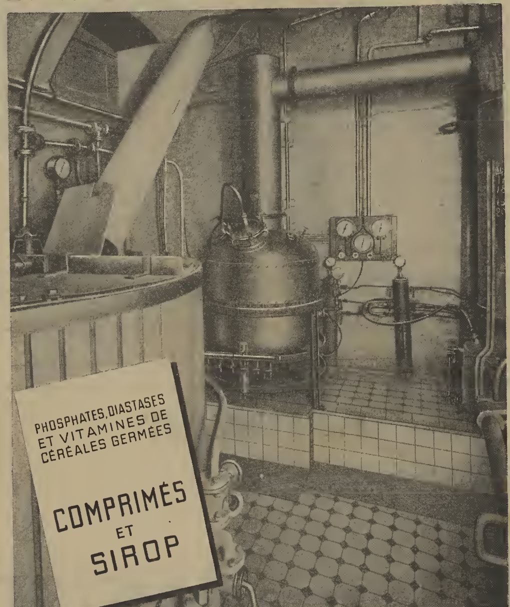
Marañon, à qui nous devons tant de beaux travaux, a écrit dans *Tibère* les plus belles pages de son œuvre magistrale.

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

AGOCHOLINE
(GRANULÉ SOLUBLE)
CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE
Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie
Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato biliaire
Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.
LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)
AGOCHOLINE ZIZINE
GRANULÉ SOLUBLE
HÉMET. JEP. CARRÉ PARIS

AMYLODIASTASE



THÉPENIER

LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPENIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS



ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Nos 11-12. — 11-14 FEVRIER 1942 115e ANNEE Ces deux numéros groupés : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies................Un an. **75 fr.**
Etudiants...... .... « **40 fr.**
Etranger. — 1re zone : **110 fr.** ; 2e zone : **125 fr.**
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux
MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT (oral). Séance du 4 février 1942. — *Notes :* MM. Hartmann, 14 ; Hiverlet, 13 ; Poujol (Jean), 12 ; Pujol (Maurice), 17 ; Klein, 17 ; Ardouin, 16,5 ; Dubois (Jacques), 15 ; Berger (Michel), 18 ; Joué, 22 ; Chavarrot, 12.

Questions données. — Examen clinique d'un typhique au troisième septennaire. — Symptômes et diagnostic des abcès du mal de Pott des régions dorsales et lombaires.

— Un CONCOURS pour la nomination à une place de PHARMACIEN des HÔPITAUX et HOSPICES CIVILS de Paris sera ouvert le lundi 2 mars 1942, à quatorze heures. (Les candidats seront informés par lettre du lieu de la première épreuve.)

Les candidats devront se faire inscrire au bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 9 février jusqu'au jeudi 19 février 1942 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Hôpitaux psychiatriques. — Mme le Dr Bonnafous, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Alençon, est mise en disponibilité, sur sa demande, à compter du 10 décembre 1941.
(*J. O.*, 4 février 1942.)

Hospices d'Angers. — Après concours, ont été nommés médecins-adjoints des hôpitaux d'Angers : M. le Dr Perreau, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef des Travaux de Physiologie à l'Ecole de Médecine d'Angers ; M. le Dr Delestre, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Facultés de Médecine. — MM. Coutelen, Enselme, Morin, Melnotte et Roques, agrégés des Facultés de Médecine sont nommés agrégés pérennisés à compter du 1er janvier 1942.

— Sont nommés professeurs sans chaire : MM. Abel, Giroud, Joannon et Poursines, agrégés des Facultés de Médecine.

Faculté de Médecine de Paris. — LES LEÇONS INAUGURALES suivantes auront lieu au grand amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures : le lundi 16 février 1942, M. le Prof. Duvoir ; le mardi 10 mars 1942, M. le Prof. Quénu ; le mardi 17 mars 1942, M. le Prof. Portes ; le mercredi 25 mars 1942, M. le Prof. Cathala.

JOURS GRAS. — Les cours et exercices pratiques auront régulièrement lieu les lundi et mardi gras.

Ecole de Médecine d'Angers. — M. Pigeon est chargé des fonctions de chef des travaux de physique.

Ecole de Médecine de Poitiers. — M. le Dr Payard est chargé des fonctions de chef des travaux de bactériologie et parasitologie.

Réorganisation des études médicales. — Le *Journal Officiel* du 1er février public le décret n° 266, du 30 janvier 1942, modifiant l'article 23 du décret du 6 mars 1934 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine.

Les modifications apportées ont été prises en faveur des étudiants mobilisés ou ayant été, du fait de circonstances nées de la guerre, dans l'obligation de changer de faculté ou d'école.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier à titre posthume :*

Le médecin capitaine Talon, du 155e rég. d'inf. de fort. a été cité.

ARGINCOLOR
SIMPLE OU EPHÉDRINÉ

SOLUTION COLLOÏDALE
de NUCLÉINATE D'ARGENT
INCOLORE

L.E.V.A. - L. GAILLARD, Pharmacien
26, rue Pétrelle, PARIS (9e)

Le médecin-lieutenant Tellier, du 40e G. R. D., a été cité.

Le médecin-lieutenant Christian Paul, Cie de l'air, 76-118 (secteur de l'air n° 19), a été cité. (*J. O.*, 25 janvier 1942.)

Chevalier : Médecin-capitaine Pierre Prost, du 3e bataillon du 51e régiment mitrailleurs d'infanterie coloniale. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 3 février 1942.)

Intérieur. — M. le Dr Guillemet est nommé maire de la ville de Cénon (Gironde). (*J. O.*, 3 février 1942.)

Secrétariat d'Etat à l'Education Nationale. — Par décret en date du 23 janvier 1942, le traitement alloué au directeur et au directeur adjoint du *Centre National de la Recherche Scientifique* est fixé, ainsi qu'il suit : directeur, 112.500 francs ; directeur adjoint, 100.000 francs. (*J. O.*, 25 janvier 1942.)

Centre National de la Recherche Scientifique. — Sont nommés membres des commissions consultatives :

Médecine et physiologie humaine : MM. Alphonse Baudouin, André Chevallier, Rémy Collin, Noël Fiessinger, René Leriche, Georges Mouriquand, Jean Roche et Georges Schaeffer.

Biologie animale : MM. Emile Brumpt, Edouard Chatton, Robert Courrier, Pierre Grasse, Charles Pérez, Paul Vandel.

Conseil de la Chambre des Droguistes en Pharmacie et Conseil de la Chambre des Fabricants de Produits Pharmaceutiques. — M. Vernin, pharmacien à Melun, est nommé membre du Conseil de la Chambre des Droguistes en Pharmacie et Répartiteurs de Produits Pharmaceutiques, en remplacement de M. Gamel, démissionnaire.

M. Midy (Robert), pharmacien à Paris, est nommé membre du Conseil de la Chambre des Fabricants de Produits Pharmaceutiques, en remplacement de M. Vernin.

Fédération des Associations Amicales de Médecins du Front. — Le 27 janvier 1942 le bureau de la Fédération a été reçu par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. La question des *médecins étrangers*, celle des *autorisations provisoires d'exercer*, les cas de *continuation d'exercice par des médecins interdits* ont fait l'objet d'un entretien. Le secrétaire d'Etat est d'accord avec la Fédération pour estimer qu'une place dans les Conseils de l'Ordre devait être réservée à des représentants des anciens combattants et des anciens prisonniers.

La question des nominations au Conseil de l'Ordre, celle des assurances sociales et la question fiscale ont fait l'objet d'une conversation dans laquelle le secrétaire d'Etat a montré une très grande compréhension des préoccupations de la Fédération.

Union Médicale Française. — Sur proposition de M. J.-L. Millot, trésorier, le Comité central de l'U. M. F., dans sa réunion plénière du 11 janvier 1942, a décidé à l'unanimité de mettre les excédents de l'exercice 1941 à la disposition de la Fédération des Amicales de Médecins du Front, pour envoi de livres aux confrères prisonniers.

Tous les membres de l'U. M. F. approuveront certainement cette mesure qui emploie ainsi très utilement le solde des cotisations versées par eux.

Considérant, d'autre part, les charges corporatives et fiscales toujours croissantes qui accablent les médecins, le Comité central renonce à réclamer la cotisation de 1942. Les Conseils de l'Ordre ayant décidé de prendre en mains la défense des intérêts professionnels et percevant pour ce faire des sommes importantes, le Comité central de l'U. M. F. estime en effet que, sur ce plan du moins, notre action devient difficile.

En conséquence, il prie les confrères de transmettre directement aux Conseils les réclamations qui, jusqu'à présent, lui étaient adressées.

Inspection départementale de la santé. — (*Maine-et-Loire*). Afin de pourvoir au poste de médecin-directeur de l'Institut de Biologie de l'Anjou (laboratoire départemental), un concours aura lieu à la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 30 mars 1942, à 10 heures et se terminera le 1er avril.

Les candidats devront s'adresser, pour tous renseignements, et pour leur inscription, à M. le Médecin-Inspecteur de la Santé, Préfecture de Maine-et-Loire, Angers, avant le 20 mars 1942.

Leçons sur les maladies du sang. — Dr P. Chevallier, amphithéâtre Laënnec, hôpital Broussais, mercredi 18 février, à 10 h. 30.

Sujet du cours : *La lame d'une hémopathie aiguë* (suite).

Médecine et Famille

L'Association des Médecins amis de la Famille et des Familles Nombreuses Médicales (1) a fait célébrer dimanche dernier une messe à Saint-Germain-des-Prés pour les familles médicales et pour les morts de la guerre.

Une assistance très nombreuse et recueillie se pressait dans la vieille abbatiale. Le Dr Serge Huard, secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, représentait le Gouvernement. Il était accompagné du Dr Aublant, secrétaire général de la Santé et de M. Haury, directeur de la Famille. Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins, l'Académie de Médecine, l'Académie de Chirurgie, la Société Médicale des Hôpitaux étaient représentés par leurs présidents et de nombreux membres. L'Association Générale des Médecins de France, la Fédération des Associations Amicales des Médecins du Front, de nombreuses sociétés médicales et scientifiques, l'Association des Pères de Familles Nombreuses et son président, M. G. Lacoin, membre du Conseil National, s'étaient également associés à la cérémonie et avaient été accueillis, dès l'entrée, par notre confrère Renaudeaux, au nom de *Médecine et Famille*.

A l'Evangile, le R. P. Dassonville prononça une haute allocution sur la *Mystique familiale, spirituelle et chrétienne* qui doit aider si puissamment au relèvement de la France.

Après l'appel des confrères tombés au Champ d'honneur et des membres de la famille médicale morts dans le courant de l'année, notre vénéré et cher confrère, le Dr Lancrenon, curé de Saint-Germain-des-Prés, qui avait célébré la messe, récita le *De Profundis* pour nos morts.

— *Une cérémonie protestante* pour les familles médicales et pour les morts de la guerre aura lieu le dimanche 22 février prochain, à 10 heures 30, au Temple de la Rédemption, 16, rue Chauchat. L'allocution sera prononcée par M. le pasteur Hamel, docteur en médecine.

Concourir à la relève des médecins des camps de prisonniers est un devoir pressant

La semaine dernière, une importante réunion a eu lieu au siège du Conseil Supérieur de l'Ordre pour étudier la question si urgente de la relève des médecins. Mme Saint-Germain, représentant le sous-secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé a exposé aux représentants de la presse les conditions de cette relève acceptée par les autorités allemandes. Il est admis que peuvent être relevés les médecins âgés de plus de quarante ans ou pères au moins de quatre enfants.

Cette relève ne sera possible que si les jeunes qui ont échappé à la captivité comprennent le devoir pressant de solidarité qui s'impose envers les confrères moins jeunes, retenus depuis dix-huit mois, dans les camps, et le devoir de dévouement que commande la santé morale et physique de nos prisonniers. Ce devoir, qui est un honneur, n'est d'ailleurs pas sans une compensation matérielle. Les médecins des camps ne sont pas prisonniers et jouissent d'une certaine liberté. Comme médecins de réserve, ils ont droit de plus à une solde s'échelonnant de 10.000 à 11.500 francs par mois pour les sous-lieutenants, de 10.670 à 11.764 francs par mois pour les lieutenants, de 13.900 à 15.600 francs par mois pour les capitaines, de 14.900 à 16.000 francs par mois pour les commandants ; seuls les docteurs en médecine ou internes des hôpitaux peuvent être acceptés comme volontaires pour la relève. Les médecins non gradés ou médecins auxiliaires recevront pour leur mission le grade de sous-lieutenant et la solde et indemnités correspondantes.

Pour tous renseignements s'adresser au Conseil Supérieur de l'Ordre, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, à Paris (zone occupée) ou 8, quai Jules-Courmont, à Lyon (zone non occupée).

(1) 84, rue de Lille, à Paris.

Institut catholique d'Infirmières diplômées
85, rue de Sèvres, Paris — Téléphone LITtré 59-80
INFIRMIÈRES DIPLOMEES, GARDES-MALADES
SAGES-FEMMES ET RELIGIEUSES
Prix : de 50 à 80 fr. par jour
Connaissances techniques supérieures — Qualités morales assurées
L'Institut n'a jamais fermé malgré la guerre

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites Intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe



MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo* *Poudre de Belladone* *Evonymine brune, Agar-Agar* *1 à 2 comprimés 1/2 heure avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
Défaillances cardio-respiratoires		
CYCLITON "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Analeptique central* Gouttes : 20 à 40 p. j. et plus Comp. : 2 à 5 p. j. et plus Amp. 2 cm³ : 1 à 3 p. j. et plus	Défaillances cardio-respiratoires Collapsus
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
MALADIE DE BASEDOW *(Symptômes nerveux)*		
DIBROMOTYROSINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Brome organique* Comprimés à 0.10 1 à 3 par jour et plus	Symptômes nerveux du Basedow
RECONSTITUANT		
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
SULFAMIDE PYRIDIQUE 402 M		
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
SULFAMIDE 109 M		
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies

Copyright VS-6-1942



OKAMINE

CYSTÉINÉE
Formule n° 3 du Dr Hervouët

20 ampoules pour 10 inj. — tous les 2 jours
Tuberculoses graves ou tenaces
ne pas cesser prématurément

ASSUR. SOCIALES REMBOURSENT

SIMPLE
Formule n° 2 du Dr Hervouët

10 ampoules — inj. tous les 2 ou 3 jours
Dragées (40) — 2 à 4 au petit déjeuner
Tuberculoses ordinaires courantes

Pierre BUGEARD, Pharmacien, 13, rue Pavée, PARIS (4e) - Dépôt général : **Ets. DARRASSE FRÈRES**

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », parue dans la *Presse Médicale,* du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouët a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Elle est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Dr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique

PRIMUM NON NOCERE

AUCUNE CONTRE-INDICATION

est justiciable de la **NÉVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates cérébraux (0,40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - ***Ni sucre, ni alcool.***

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE ET STÉRILISATION

par M. Lance
Membre de l'Académie de Chirurgie

On sait que, dans quelques pays, la stérilisation est appliquée aux porteurs de certaines maladies héréditaires ou susceptibles de transmettre des tares aux descendants (démence, épilepsie, alcoolisme, etc.). Une telle mesure est-elle applicable aux malformations congénitales, comme par exemple la luxation congénitale de la hanche.

Laissant de côté le côté racial ou religieux de la question, nous nous placerons ici exclusivement sur le terrain médical.

La question a été posée, pour cette malformation, au corps médical allemand par le *Münchener Med. Woch*, et le Dr Idelberg a résumé les réponses parvenues dans le numéro 31, de l'année 1941, de ce journal.

Elles sont assez déconcertantes. Alors que nous pensions que la nature familiale et héréditaire de la luxation congénitale de la hanche était admise par tous, comme on le voit en France, en Italie, aux Etats-Unis, nous voyons qu'en Allemagne, sur ce point, l'opinion est très divisée. Certains, comme Gaugélc, F. Baüer, Storck (*Medzinische Klinik*, 1940, n° 13, 28 mars, page 342), Kreuz, voient dans la luxation le résultat d'influences mécaniques exogènes s'exerçant sur la hanche pendant la grossesse. Ils nient le caractère héréditaire de la luxation et la déclarent non justiciable de la stérilisation.

D'autres font des distinctions. Il existe deux sortes de luxations congénitales : l'une, habituelle, dans laquelle à la naissance la hanche n'est pas luxée mais présente des défauts tels que, lorsque l'enfant passe de la position intra-utérine, cuisses pliées, à celle de l'homo-érectus, cuisses allongées, par suite de la tension de l'éventail musculaire trochantérien, la tête fémorale tend à sortir peu à peu du cotyle, sortie qui s'exagère par le poids du corps, lors de la marche.

Dans l'autre, heureusement très rare, la luxation existe à la naissance et l'enfant présente le plus souvent des malformations multiples (pieds bots, raideurs congénitales des membres inférieurs, spina-bifida, bec-de-lièvre), certains d'entre eux sont des monstres non viables.

On admet généralement que la première variété (luxation anthropologique de Le Damany, fœtale de V. Putti) est due à un arrêt de développement pendant les derniers mois de la grossesse, tandis que la deuxième (luxation tératologique de Le Damany, embryonnaire de Putti) correspond au même trouble survenant dans les premiers mois de la vie intra-utérine. Ce ne sont qu'un degré différent du même processus.

Cette théorie uniciste est rejetée par certains auteurs allemands : F. Baüer, W. Müller (*Mediz. Klinik*, 1941, n° 24, 13 juin), Rothenbourg (*ibidem*), Korvin, soutiennent une théorie dualiste ; la luxation tératologique serait d'origine exogène, conséquence mécanique d'une position anormale de l'enfant. Elle n'est donc pas justiciable de la stérilisation, même si elle s'accompagne d'autres malformations (Rothenbourg), qui est réservée à l'autre luxation dite constitutionnelle.

D'autres (Kreuz, Eckhardt) proposent des mesures d'attente pour les luxations formant des cas isolés dans leur famille, ou si la luxation a été réduite avec une guérison fonctionnelle. Ce dernier point nous paraît illogique car il y a longtemps que Dubreuil-Chambardel a montré (*Gaz. Méd. du Centre*, 1910, p. 282) que la guérison précoce et complète de la luxation n'interrompait pas le processus héréditaire.

L'opinion des orthopédistes allemands est donc divisée au sujet de l'utilité de la stérilisation des luxés, parce que les uns croient à l'hérédité de la luxation, les autres n'y croient pas, ou seulement partiellement.

***

Laissant de côté les théories et en nous appuyant uniquement sur les faits, voyons ce que l'on peut répondre à ces trois questions : la luxation congénitale de la hanche est-elle héréditaire ? Sous quelle forme cette hérédité se présente-t-elle ? Quelles mesures eugéniques peut-on envisager en face d'une luxation ?

Hérédité de la luxation. — En fait, que voyons-nous ?

1° Des cas isolés de luxation dans la famille, desquels on ne peut trouver aucune trace de malformation. C'est ce que nous voyons de manière courante dans les grandes villes, chez les sujets issus du milieu urbain, et dans les familles à un ou deux enfants ;

2° Il n'en est pas de même dans les bourgs et villages de certaines régions où les luxations sont particulièrement abondantes. Leur répartition dans ces « régions à luxations » est inégale. Tous les orthopédistes ont signalé qu'il existe des « nids à luxations ».

Le Damany signale qu'à Pleven (Côtes-du-Nord), il trouve 10 luxés pour 631 habitants, soit 1/63e, à Mur, 30 cas sur 2.394 habitants (1/79e), alors que dans les villages voisins la moyenne est de 1/200e à 1/300e.

On trouve des exemples analogues puisés en Lorraine dans la thèse de Houchard (Nancy, 1909-10, n° 3). Nous-mêmes avons eu en traitement, en trois ans, 6 luxations dans un bourg de la Nièvre de 2.000 habitants.

Dans ces régions, le caractère familial des luxations est frappant.

Le Damany le note dans 42 % des cas. Il cite (La Luxation congénitale de la hanche, Paris, 1923, p. 12 et 13) des familles où 5, 6, 7 cas de luxations sont répartis sur trois générations. Marguerite Gardas, dont Dupuytren rapporte l'observation, totalisait 9 luxés sur 26 personnes de sa famille, et Houchard cite une famille de 41 personnes qui, en cinq générations, ont présenté 10 luxations. Le caractère familial de l'affection s'impose donc assez souvent.

Plus rarement, l'hérédité se présente en ligne directe : l'orthopédiste qui a soigné la luxation de la mère a à traiter celle de la fille. Parfois la malformation saute une génération et c'est la grand'mère et la petite-fille qui sont atteintes.

Enfin, exceptionnellement, on l'observe sur trois générations : grand'mère mère et fille (Petit de la Villéon, *Gaz. Hebd. des Sciences Médicales de Bordeaux*, 1908, p. 294 ; Piéchaud, Froelich, 2 cas, *Revue Méd. de l'Est*, 15 avril 1934, p. 3).

D'autres fois, dans une famille indemne de toute luxation, plusieurs frères et sœurs sont atteints de la déformation. Nous venons d'observer, à quelques jours de distance, deux de ces cas : 1° des parents du Loiret ont eu cinq enfants, les deux aînés normaux, les trois suivants luxés ; 2° un ménage de la Nièvre a engendré un fils de vingt ans, une fille de dix-neuf ans porteurs de luxations doubles, un garçon de treize ans et une fille de six ans sains, enfin une fille de deux ans atteinte de luxation double.

Enfin, dans les familles à luxation, et c'est l'éventualité la plus fréquente, les luxés sont disséminés sans ordre apparent, le plus souvent parmi les collatéraux, chez des tantes, des cousines du côté paternel ou maternel.

Une autre présomption du caractère héréditaire de la luxation réside dans la fréquence de l'association d'autres malformations (pieds bots, torticolis, raideurs congénitales, genu recurvatum, spina-bifida, bec-de-lièvre, etc.) sur l'enfant lui-même ou, plus rarement, dans sa famille. C'est ainsi que, personnellement, nous avons relevé sur 500 luxés la coexiste sur l'enfant même d'une autre malformation dans 9 % des cas, proportion considérable.

Certaines de ces malformations associées sont à caractère nettement héréditaire et familial comme la syndactylie, ectrodactylie, bec-de-lièvre.

Dans la luxation tératologique, la présence d'autres malformations est la règle et la même association (par exemple : luxions, pieds bots et raideurs congénitales) peut se reproduire chez le père et le fils comme je l'ai observé.

Tous les orthopédistes notent la fréquence des caractères héréditaires de la luxation tératologique. Le Professeur Froelich, sur 49 cas, l'a relevé 15 fois, soit 30 %.

Il importe de se rappeler que la luxation ne forme qu'une partie de la malformation de la hanche : beaucoup de hanches malformées à un moindre degré restent des subluxations et leur nombre est considérable. A la maternité de Paris, Saiget a trouvé une hanche malformée sur 149 nouveau-nés, et Le Damany une sur 26 à la maternité de Rennes. Une proportion notable guérit spontanément (3/4 pour Le Damany), les autres deviennent des luxations ou restent des subluxations.

Alexandre Faber (*Zeitsch. für Orthoped. und ihre Grenz*, LXVI, 140, 1937), qui a examiné radiographiquement les hanches des membres de la famille des luxés, trouve pour 1 cas de luxation 3 subluxations. La lésion est donc trois fois plus fréquente qu'elle ne paraît.

Variétés de l'hérédité. — D'après ce qui précède, l'hérédité dans la luxation se présente sous trois aspects :

1° L'hérédité est parfois entièrement masquée, sans doute à cause du faible nombre de générations examinées et du nombre restreint des enfants à chaque génération ;

2° Parfois elle est nettement continue et à caractère dominant (mère et fille, etc.), comparable à l'hyperphalangisme, la syndactylie, le sexdigitisme, etc. Selon la loi de Naudin-Mendel, si les luxés et leurs descendants épousent des sujets sains, non consanguins, le caractère morbide qui est toujours patent s'éteindra de lui-même au bout de plusieurs générations ;

3° Le plus souvent, lhérédité est discontinue et à caractère mendélien récessif. Dans une même fratrie (frères et sœurs), née d'un sujet luxé et d'un sujet sain, 50 % sont normaux et ne peuvent transmettre la malformation, 50 % possèdent à l'état latent le caractère récessif, le transmettant à l'état latent à une partie des générations suivantes, et, dans l'une d'elles, un ou plusieurs sujets peuvent présenter une luxation.

Dans ce cas, le caractère dominant se transmet toujours en ligne directe de sujet morbide à sujet morbide, mais le caractère morbide au lieu d'être patent est latent chez la moitié des sujets d'une génération. Chaque génération se divise en deux parties à peu près égales en nombre, l'une normale ne pouvant transmettre la malformation, l'autre la possédant à l'état latent, avec apparition possible à une génération quelconque d'un ou plusieurs (1/4) porteurs de la malformation, cette fois patente, selon la loi de Mendel.

Mais les lois de l'hérédité à caractère récessif ne sont pas exactement vérifiées dans les grandes statistiques comme celles des luxations et ne présentent pas le chiffre théorique de 25 % de sujets atteints par fratrie (Apert). Celle-ci devrait, en effet, porter au moins sur quatre enfants par génération ; elle n'est plus exacte s'il n'y en a que trois, deux ou un. Si aucun élément perturbateur ne vient renforcer l'hérédité, elle porte alors sur un nombre de plus en plus restreint à chaque génération puisque les risques se divisent chaque fois ; si bien que, au bout de plusieurs générations, apparaissent les cas en apparence isolés comme nous le voyons si souvent dans les villes. Dans d'autres cas, plusieurs enfants de la même génération sont frappés (caractère fraternel d'Apert), comme nous en avons donné deux exemples, alors que les générations antérieures et suivantes paraissent indemnes, ne comptant que des sujets à caractère morbide latent.

L'hérédité à caractère récessif peut être renforcée dans différentes circonstances : mariage entre sujets luxés, mariage entre sujets issus de familles à luxations, ou de la même famille (mariage consanguin dont le caractère néfaste a été démontré il y a longtemps par Lannelongue pour le pied bot), ou enfin de familles possédant le caractère récessif à l'état latent.

Comme l'observation ne peut porter que sur trois ou quatre générations et que d'ailleurs les conjoints peuvent être porteurs du caractère morbide à l'état latent, il est souvent impossible d'éviter une union nocive, surtout dans les pays à luxations, dans les bourg de campagne où se créent ainsi des nids à luxations.

L'observation X, de la thèse de Houchard, met en évidence ce rôle aggravant de certaines unions : un ménage sain, mais deux sœurs du père sont atteintes de luxation, a quatre enfants dont une fille luxée. Celle-ci se marie avec un luxé et donc naissance à un enfant sain ; une de ses sœurs, saine, épouse un sujet normal mais qui avait une tante luxée : elle a trois enfants dont une fille luxée qui, mariée, a des enfants normaux ; une deuxième sœur, normale, mariée à un sujet sain, a un fils non luxé ; un frère normal, marié à une jeune fille également normale, a deux filles luxées qui donnent naissance à des enfants sains.

Plus frappante encore est l'observation de Marguerite Gardas, rapportée par Dupuytren : née de père et mère sains, mais ayant des deux côtés des sœurs luxées, elle-même luxée, se marie avec un sujet normal, elle a une fille luxée qui se marie avec un sujet sain, mais dont le père était luxé. De cette union il naît quatre enfants dont deux luxés.

Notons encore le caractère sexuel de la luxation (7 à 8 filles pour un garçon), caractère qui n'est pas exclusif comme dans certaines maladies familiales (hémophilie) et qui disparaît même dans la luxation tératologique où l'on trouve autant de garçons que de filles.

Mesures eugéniques possibles. — Somme toute, l'hérédité de la luxation congénitale de la hanche se présente rarement comme une hérédité à caractère dominant, le plus souvent comme une hérédité à caractère récessif.

Dans le premier cas (fille et mère luxées), y aurait-il lieu d'envisager la stérilisation comme on l'a suggéré dans les mêmes circonstances pour l'amyotrophie Charcot-Marie ? (Piton, Thèse Paris, 1941). On ne peut établir de comparaison entre les deux affections : la luxation congénitale ne menace pas la vie et, traitée de bonne heure, le pourcentage de guérisons est très important. Enfin, nous avons vu que l'hérédité directe, à caractère dominant, tend à s'éteindre rapidement si les sujets atteints ne contractent union qu'avec des sujets sains.

Pour l'hérédité à caractère récessif, la question est beaucoup plus complexe. On a fait valoir que la sélection se faisait en grande partie d'elle-même, les jeunes filles luxées ne se mariant pas. Ceci était exact jadis, quand on ne traitait pas la luxation, mais, maintenant, l'immense majorité des luxés sont traités et se marient, et leur descendance transmet le caractère morbide à l'état latent.

La filiation de l'hérédité est encore beaucoup plus incertaine quand elle s'établit par les ascendants collatéraux (hé. familiale) ou sur les frères et sœurs (hé. fraternelle). Le caractère morbide existant à l'état latent dans un certain nombre de sujets d'une génération, ne se distinguant en rien des autres, la stérilisation est absolument inapplicable.

Cependant, comme à chaque génération le nombre de ces sujets tend à diminuer, à condition qu'aucun élément morbide ne soit introduit par mariage, ceci implique au point de vue eugénique des règles précises : 1° Proscrire les mariages des luxés entre eux ; 2° le mariage consanguin à l'intérieur d'une famille à luxation ; 3° déconseiller les mariages entre familles à luxations.

On n'éviterait pas ainsi toute transmission de l'hérédité, à cause de la présence possible de sujets porteurs de la tare à l'état latent, mais on en réduirait au minimum les chances de production.

Hémorragie. — Choc. — Asphyxie, par Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. — Un vol. de 128 pages avec 52 figures. Masson et Cie, édit., Paris, 1941.

Les calculs de l'uretère, par Pierre Macquet, avec une préface du professeur G. Potel. — Un volume de 190 pages et 22 figures. Masson, éditeur, Paris.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
2 médicaments cardiaques essentiels

TONIQUE GÉNÉRAL
RECALCIFIANT



Gaurol

CALCIUM ASSIMILABLE

AMPOULES
COMPRIMÉS
GRANULÉ

GAUROL INTRAVEINEUX (Ampoules de 5 cc.)
HÉMORRAGIES, TUBERCULOSE

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ — 30, Rue Armand-Sylvestre - COURBEVOIE (Seine)

PURPURA GRAVE GUÉRISON PAR LES SULFAMIDES

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Observation. — Mlle X..., 13 ans, entre dans le service, le 9 janvier 1940 au soir, au quatrième jour d'un syndrome infectieux et hémorragique qui s'est constitué progressivement.

Sans antécédents pathologiques jusque-là, après une période d'une quinzaine de jours, où elle s'était sentie fatiguée et avait souffert de points de côté, elle tombe malade le 5 janvier 1940, date à laquelle apparaît une hémoptysie fébrile, qui s'accompagne, le 9, d'hématurie, et, le 10, d'épistaxis, tandis que la température reste entre 38° et 39°.

A l'entrée, l'enfant est dans un état grave, semi-consciente, avec température à 38°6 et hémorragies diverses : buccales (lèvres, gencives, voûte palatine), nasales, nécessitant un tamponnement de la narine gauche.

Des pétéchies et des ecchymoses sont visibles à la face antérieure du thorax.

Il n'y a pas de purpura aux membres inférieurs.

Le signe du lacet est fortement positif.

Le temps de saignement est de dix minutes. Le temps de coagulation n'a pu être mesuré.

Le reste de l'examen est négatif, si ce n'est quelques crépitants dans les deux champs pulmonaires. Il n'y a pas d'adénopathies, pas de raideur méningée.

Le cœur est rapide, mais régulier, sans signe d'endocardite.

La tension artérielle est à 10-5.

Une numération globulaire montre 2.000.000 G. R. avec 11.200 G. B. La formule leucocytaire est normale.

Dans la nuit, les hémorragies s'accroissent. Après une hématurie et une hématémèse particulièrement abondantes, on est amené à pratiquer d'urgence une transfusion de 300 cm³.

Puis, malgré un traitement antihémorragique par sérum antidiphtérique (2 fois 5.000 UA), ergotine, chlorure de calcium, coagulène et arhémapectine, et deux nouvelles transfusions de 200 cm³, le 11 et le 13, les hémorragies, à peine atténuées, persistent : surtout épistaxis nécessitant un tamponnement quasi permanent de la narine gauche et aussi une hématurie de sang presque pur.

En outre, l'enfant se plaint de son oreille gauche. Une paracentèse ramène du pus avec une petite hémorragie.

Le 13, surviennent des signes de mastoïdite, mais l'état général, très grave, interdit toute intervention. En même temps, apparaissent des douleurs dans la fosse iliaque gauche, calmées par l'application de glace. Pendant toute cette période, la température oscille entre 38° et 40°. L'intolérance gastrique étant presque complète, en dehors de quelques boissons glacées, on administre 400 cm³ de sérum glucosé intrarectal par jour.

C'est alors que, devant l'inefficacité apparente des médications antihémorragiques, et la persistance du syndrome infectieux (que l'hémoculture, souillée accidentellement, n'a pu préciser), est commencé le traitement par le dagénan.

La voie buccale étant impossible, par suite des vomissements, il est administré d'abord en suppositoires (3 gr. le premier jour), puis moitié par voie intramusculaire et moitié par suppositoires, à la dose de 3 gr. 1/2 le deuxième jour (15 janvier), puis à doses décroissantes de 0 gr. 50 par jour.

Dès le deuxième jour, la température tombe à 37°5, chiffre qu'elle n'a plus dépassé par la suite.

En même temps, les hémorragies, particulièrement abondantes le 14 janvier (hématémèses et hématuries), diminuent rapidement, l'hématurie étant la dernière à rétrocéder.

Le drainage de l'otite gauche se poursuit normalement, mais les signes mastoïdiens persistent.

Le 17 janvier, l'enfant se plaignant de diminution de vision de l'œil gauche, un examen de M. Coutela montre des hémorragies rétiniennes.

En outre, les transfusions ont été répétées (200 cm³) le 16 et le 18 janvier, sans provoquer le moindre choc.

Le 19 janvier, les hémorragies sont arrêtées, les urines redevenues presque claires, le temps de saignement est tombé à 2'.

On supprime alors le dagénan sodique en injections ; est seulement continuée la voie intrarectale : 1 gr. pendant deux jours, puis 0 gr. 5 pendant deux jours.

L'enfant commence alors à s'alimenter et sa convalescence est rapide. Elle sort de l'hôpital le 5 février, gardant seulement une douleur atténuée à l'oreille gauche.

Le 22, elle revient pour une intervention sur sa mastoïde. Le temps de saignement étant remonté à sept minutes à l'entrée, l'opération est précédée, pendant quatre jours, d'un traitement utilisant le chlorure de calcium, l'acide ascorbique, deux séances d'irradiations spléniques et, aussitôt avant l'opération, des injections d'hémocoagulène.

Intervention après anesthésie à l'éther.

Mastoïdectomie : élargie surtout en arrière, curettage des cellules rétrosinusales et zygomatiques. Sinus et dure-mère largement évidés. Ostéite périantrale très étendue.

Les suites opératoires sont très bonnes, sans hémorragie, et l'enfant est actuellement guérie.

En résumé, il s'est agi d'un purpura infectieux des plus graves, avec hémorragies diverses, résistant aux traitements habituels, et très rapidement guéri sous l'influence du traitement par le 693 (dose totale, 18 g. 50).

Ce cas peut être rapproché de l'observation de MM. Ribadeau-Dumas, J. Chabrun et Mme Dufour (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, mars 1939) intitulé : Purpura fulminans méningococcique chez un nourrisson de 9 mois avec méningite purulente et hémorragie interventriculaire, guérie par un traitement mixte : sérothérapique et chimiothérapique (21 gr. de 1162 F, par la bouche, et 46 cm³ de la solution à 0,85 % dans l'espace sous-arachnoïdien). Mais la gravité du syndrome purement hémorragique, et la rapidité de la guérison sous l'action du 693, différencient nettement les deux cas.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 4 février 1942. — Jury : MM. Lemierre, Mathieu, Fèvre, Lenègre. — M. Taveau. Contribution à l'étude des cholécystites chroniques non lithiasiques. — M. Debelut. Le traitement des pseudarthroses du col du fémur.

Jeudi 5 février 1942. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Troisier, Velter, Delay. — M. Paugam. La cure insulinique de Sakel. — M. Bolner. Quelques considérations sur les calcifications pleurales. — M. Preney. Etude des places rétiniennes de meilleure sensibilité.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 4 février 1942. — 1° Jury : MM. Champy, Coquot, Létard, Lesbouyries. — M. Houdus. L'élevage du cheval en Bretagne. — M. Gauthier. L'introduction de la race bovine charolaise dans l'élevage vendéen. — M. Thibier. Sélection de la poule au point de vue de la ponte.

2° Jury : MM. Tanon, Drieux, Verge. — M. Couteau. Le rein en inspection des viandes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 10 février 1942

M. le Président annonce le décès de M. Alexandre Salimbéni (d'Acquapendente), chef de service à l'Institut Pasteur, associé étranger, décédé à l'âge de 75 ans, et de M. Lesbre (de Lyon), associé national.

Le secret professionnel. — M. Balthazard fait une importante communication sur le secret professionnel et l'Ordre des Médecins.

De l'action du magnésium sur le pigment et le calcium. — M. Pierre Delbet.

Pourquoi la France manque-t-elle de plantes médicinales ? — M. Perrot, ancien président du Comité Interministériel des Plantes Médicinales et Aromatiques, ancien directeur de l'Office National de Matières Premières, fondé et subventionné par l'industrie et le commerce de la droguerie, expose l'action de ces organismes de 1919 à 1938. Il montre comment les initiatives prises ont dû être abandonnées par suite de l'indifférence des Pouvoirs Publics et comment cela a eu pour effet la nécessité dans laquelle on se trouve de recommencer les mêmes efforts.

Il semble maintenant que le Ministère de l'Agriculture veuille enfin constituer officiellement un Comité Interprofessionnel assisté d'un Conseil Technique dont les décisions auraient force de loi. La réussite est possible et M. Perrot, se basant sur une expérience acquise au cours de ces vingt dernières années, expose, avec les difficultés à vaincre qui sont nombreuses, un véritable plan d'action dans lequel il insiste sur le rôle primordial que devra jouer le Conseil Technique sur lequel s'appuiera le futur Comité Interprofessionnel.

La tuberculose médiastine du noir. — M. A. Pellé (Rennes) rapporte le résultat de l'observation de sept cents soldats noirs réformés pour tuberculose ; il insiste sur l'extrême fréquence des adénopathies médiastinales rencontrées dans 80 % des cas. Rarement observée chez l'adulte blanc, elle constitue la forme prédominante de la tuberculose de la race noire.

Le diagnostic repose essentiellement sur l'examen radiologique qui permet son dépistage précoce à une période où les lésions ganglionnaires sont encore curables.

Cette affection, dont le pronostic est grave, évolue sous l'influence de causes prédisposantes parmi lesquelles dominent la carence alimentaire et la cause raciale.

Elle survient chez des sujets déjà tuberculisés comme l'ont démontré les recherches sur les réactions à la tuberculine et ne correspond pas à une primo-infection comme on l'a si fréquement affirmé.

La portée de ces considérations ne peut échapper à ceux qui ont la charge de préserver de la tuberculose les habitants, incontestablement menacés, de notre empire noir.

Vaccination antirabique des troupeaux après contamination. — MM. Remlinger et Bailly.

A propos de la variole. — L'Académie conseille instamment la revaccination de tous les Parisiens, un certain nombre de cas de variole ayant été signalés.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 4 février 1942

A propos des récidives tardives dans le cancer du sein. — M. Desmarest pose la question de l'exérèse des ganglions axillaires dans le cancer du sein.

L'emploi des sulfamides dans la chirurgie septique. — MM. Joly et Monsaingeon. — M. Roux-Berger fait un rapport sur ce travail basé sur sept observations.

Sur le traitement des fractures de la diaphyse fémorale. — M. J. Vuillième. — M. G. Rouhier rapporte ces cinq observations dans lesquelles on a combiné le procédé décrit par Lataix : traction par broche et ostéosynthèse à minima.

M. J. Gosset fait remarquer que le procédé décrit n'est pas nouveau ; il insiste sur l'intérêt que comporte l'immobilisation du membre dans une attelle articulée au niveau du genou et prenant point d'appui sur le bassin.

M. Lambret s'élève contre l'ostéosynthèse systématique.

M. Brocq montre que M. Mathieu a utilisé le procédé décrit par Vuillième depuis de longues années et que l'extension par broche, complément de l'ostéosynthèse, est un procédé général applicable à toutes les fractures des membres.

M. Merle d'Aubigné rappelle les méfaits d'une extension continue excessive ; le tonus musculaire maintenant au contact les deux fragments est un élément de consolidation rapide.

M. Mathieu utilise quelquefois la réduction sanglante avec fixation rapide au fil métallique ou aux crins pour certaines fractures difficiles.

Tumeurs villeuses du côlon. — MM. d'Allaines et Mazingarbe rapportent deux observations de cette localisation très exceptionnelle. Les auteurs n'ont retrouvé que trois autres observations; ces tumeurs évoluent sous le masque de toutes les tumeurs bénignes de l'intestin. On doit les considérer comme des états précancéreux, ce qui justifie une exérèse large du segment colique. Le diagnostic précoce ne peut être fait que sur des radios en couche mince avec insufflation.

M. Patel a opéré un cas de tumeur villeuse du cæcum dégénérée.

M. Moulonguet signale un cas de tumeur villeuse du côlon où le diagnostic fut fait sur l'expulsion d'un fragment de tumeur dans les fèces. Il insiste sur les difficultés de limiter histologiquement les tumeurs villeuses.

M. Métivet a fait, dans un cas, l'exérèse locale de la tumeur ; seize ans après il a réopéré la malade pour un cancer du sigmoïde siégeant au point d'implantation de la tumeur primitive.

A propos des kystes dermoïdes du médiastin antérieur. — M. Veau.

Election. — M. Serge Huard est élu membre titulaire de l'Académie de Chirurgie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 24 janvier 1942

La disparition du glycogène hépatique chez le cobaye sous l'influence du jeûne. — MM. F. Rathery, J. Turiaf et P.-M. de Traverse ont vu constamment le glycogène hépatique du cobaye s'abaisser à partir de la 3e heure du jeûne et disparaître en presque totalité dès la 6e heure dans la plupart des cas, tandis que la glycémie reste sensiblement constante.

Marche de la recharge du foie de cobaye en glycogène après absorption de glucose. — MM. F. Rathery, J. Turiaf et P.-M. de Traverse ont constaté que l'introduction de glucose par voie intrapéritonéale provoque chez le cobaye inanitié une augmentation importante du taux du glycogène hépatique, et cela, dès la 2e heure qui suit l'injection ; l'augmentation paraît être complète aux environs de la 6e heure.

Mécanisme d'enkystement des flagellés du genre Gardia (Lamblia). — M. G. Lavier montre comment disparaît la cupule rigide qui maintient étalé le corps de l'individu et comment celui-ci se recourbe en arrière, devient globuleux, voit les flagelles venir adhérer à sa surface, et s'entoure d'une paroi kystique.

Vitamine D et fonctionnement du système nerveux. — M. Paul Chauchard pousuivant ses recherches sur l'action pharmacodynamique propre des vitamines sur le système nerveux en dehors de toute carence, montre que la vitamine D possède à petites doses une action excitante sur les centres nerveux (encéphale et moelle), et à doses plus fortes un effet inhibiteur conditionné par l'hypercalcémie. Les vitamines hydrosolubles étudiées n'agissent que sur l'encéphale ; les vitamines liposolubles agissent en plus sur la moelle, peut-être grâce à leur liposolubilité.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 20 janvier 1942

Volvulus multiples du nouveau-né. — M. Pouyanne signale que l'enfant dont il a relaté l'histoire à la dernière séance (volvulus du côlon pelvien opéré et guéri) a fait, un mois plus tard, un volvulus de l'intestin grêle ayant nécessité une nouvelle intervention chirurgicale également suivie de guérison.

Traitement chirurgical des déviations traumatiques de la cloison avec grosse obstruction nasale chez l'enfant. — M. M. Ombrédanne rapporte les résultats qu'il a obtenus chez cinquante enfants opérés contrairement au dogme classique entre 1 et 15 ans et revus avec un recul de trois à cinq ans.

Ces résultats sont très satisfaisants au triple point de vue fonctionnel, anatomique et esthétique. Tous les enfants opérés tirent un grand bénéfice du rétablissement de la respiration nasale pendant la croissance. Les récidives sont impossibles du fait que ces déviations sont uniquement cartilagineuses et que le cartilage réséqué ne se reproduit pas. L'intervention enfin n'est pas responsable de la déformation extérieure du nez, uniquement due au traumatisme.

En un mot, il faut opérer dès qu'il est utile de tels cas pour ne pas priver, pendant toute la période de croissance, ces enfants du bénéfice d'une opération simple, rapide et bénigne qui donne, sans aucun préjudice esthétique, une amélioration fonctionnelle très grande.

Publ. J. Bazaine



Un aliment de régime

Par un procédé original le lait est intimement combiné aux éléments de la farine **diastasée** SALVY. Les nourrissons dyspeptiques tolérant mal le lait naturel accepteront aisément les bouillies homogènes obtenues par simple préparation à l'eau.

Les nourrissons hypoalimentés, plus abondamment nourris avec des bouillies préparées au lait, atteindront vite un poids normal sans troubles digestifs.

FARINE* LACTÉE **DIASTASÉE**

PRÉPARÉE PAR BANANIA

SALVY

* Aliment réservé aux consommateurs des catégories E, J1, et V, contre ticket N° 7, ou tickets de pain.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE DES DÉRIVÉS DE L'ACIDE ORTHO-CRÉSOTIQUE ou HOMOSALICYLIQUE

RHUMATISME - GOUTTE
URICÉMIE - DOULEURS

CRÉSOPIRINE

des Professeurs G. CARRIÈRE et E. GÉRARD

Acide Acétyl. o. Crésotique

Anti-Rhumatismal

Rhumatisme aigu et chronique

DOSE MOYENNE : 2 à 6 gr. par jour.

Analgésique

Douleurs d'origine inflammatoire

CACHETS ET COMPRIMÉS de 1 gr.

Antipyrétique

Pyrexies diverses

FLACONS de 50 et 500 grammes de poudre pour préparations

ATOCRAZINE

du Prof. G. CARRIÈRE

Association médicamenteuse parfaitement tolérée à base de Crésophanyl, de Pipérazine, d'acide quinique

Traitement prolongé de la DIATHÈSE ARTHRITIQUE

Dose : 2 cachets par jour en traitement

Cachets de 0 gr. 50

CRÉSOPHANYL

du Prof. G. CARRIÈRE

Ester des acides crésotique et phenylcinchoninique

Anti-Goutteux
Anti-Phlogistique
Analgésique

Rhumatisme Goutteux - Goutte - Sciatique - Lumbago

Arthralgies diverses

DOSE MOYENNE : 0 gr. 50 à 1 gr. 50 par jour

CACHETS de 0 gr. 25 - EN VRAC : FLACONS de poudre de 10 gr.

BAUME "CRÉSA"

du Prof. G. CARRIÈRE

A base de CRÉSOTATE DE GLYCOL

Préparation d'odeur agréable opiacée et belladonée

TRAITEMENT LOCAL EXTERNE DES DOULEURS

Rhumatismes - Goutte - Sciatique - Lumbago, etc.

FLACONS de 20 grammes

Étendre sur la région douloureuse une couche de Baume Crésa, recouvrir de gaze, d'un taffetas gommé et d'une couche de ouate.

LA CRÉSOPIRINE, LE CRÉSOPHANYL, L'ATOCRAZINE, LE BAUME CRÉSA

sont préparés et mis en vente par les

Laboratoires « STÉNÉ »

77, rue d'Allier - MOULINS (Allier) *pour la zone occupée*

Villa-Rose, quai du Halage - La Madeleine (Allier) *pour la zone libre*

2 *bis*, Place des Vosges - PARIS (4e)

Intoxication camphrée au cours des suites opératoires d'une pylorotomie pour sténose chez un nouveau-né. — MM. Janin, de Girardier et Schichot (de Dijon) ont opéré de sténose pylorique un nourrisson à l'âge exceptionnellement jeune de 15 jours. Dans les suites opératoires, ils ont noté l'apparition d'accidents convulsifs qu'ils croient pouvoir attribuer aux injections camphrées cependant pratiquées aux doses habituelles.

Sur un cas de syndrome neuro-œdémateux. —MM. Grenet et L'Hirondel ont constaté chez un enfant de 4 ans l'apparition d'œdèmes intenses, atteignant même le larynx et le voile du palais, et coexistant avec la diminution des réflexes tendineux, une hypertension artérielle importante et de la tachycardie. Ces différents symptômes, joints à des troubles du caractère, font rapprocher ce cas de l'acrodynie. L'enfant guérit rapidement.

Erysipèle gangréneux du nouveau-né avec septicémie et suppurations multiples. — MM. Grenet et L'Hirondel ont observé chez un enfant de 24 jours un érysipèle erratique ayant fini par atteindre les bourses où il détermina rapidement une ulcération gangréneuse et des abcès multiples. L'hémoculture était positive au staphylocoque. La guérison fut obtenue rapidement par ingestion de 693 et des pansements au 1162 F.

Les auteurs insistent sur le rôle bienfaisant de la sulfamidothérapie et sur le caractère anormalement subaigu de cet érysipèle, peut-être dû au fait que la mère suivait un traitement sulfamidé et avait partiellement immunisé son enfant en l'allaitant.

Chancre d'inoculation tuberculeux de siège gingival. — MM. Thieffry et Houde en rapportent deux observations : l'une chez une garçon de 9 ans qui fit une petite ulcération gingivale, et l'autre chez un sujet de 13 ans qui fit une ulcération gingivo-jugale en feuillet de livre. Ces deux ulcérations étaient indolores, extensives et s'accompagnaient d'une grosse adénopathie. Leur nature tuberculeuse fut prouvée par la constatation du B. K., la biopsie et l'inoculation au cobaye. L'un des enfants mourut deux mois plus tard de méningite tuberculeuse.

Ostéite du col fémoral avec abcès froid chez une fillette antérieurement vaccinée au B. C. G. — M. Sorrel a vu se succéder, chez une fillette issue de père tuberculeux, un épisode fébrile prolongé, une pleurésie et une ostéite avec abcès froid du col fémoral. Le pus de cet abcès, retiré par ponction, ne contenait pas de B. K. et ne tuberculisa pas le cobaye. De plus, cette ostéite guérit rapidement. La cuti-réaction a toujours été positive chez cette enfant vaccinée au B. C. G.

CHRONIQUE

La leçon inaugurale de M. le Professeur Cadenat

C'était l'assistance des grands jours. Le grand amphithéâtre était plein à craquer (on y avait trop chaud !) Toutes les notabilités de la chirurgie étaient là et beaucoup d'autres aussi. Je ne citerai pas de noms, car tout l'espace qui m'est départi y passerait, et j'ai hâte de résumer le magnifique discours que nous avons entendu.

Le nouveau professeur débute par un souvenir ému à son « frère et ami Cruet », à ses maîtres disparus : le Prof. Hovelacque, « bénédictin de l'anatomie », le Prof. Paul Poirier, grand chirurgien anatomiste, Aimé Guinard, victime de la plus lâche des agressions et surtout Paul Lecène, qui était « de ceux qu'on ne peut pas remplacer » et qui était « bon comme sont bons ceux qui sont forts ».

Et parmi ses maîtres qui, heureusement, sont encore là, voici le Prof. Lœper, le Prof. Ombrédanne, dont il fut un des premiers internes à Saint-Louis, le Prof. J.-L. Faure, aussi éloquent que grand chirurgien, le Prof. Hartmann, « qui n'a vécu que pour la chirurgie » et dont la carrière n'est pas terminée car « nous avons encore beaucoup à apprendre de vous » ; le Prof. Pierre Delbet, un précurseur « qui sut montrer ce que doit être le chirugien qui veut être complet » ; le Prof. Grégoire, grand anatomiste susceptible d'effectuer « les opérations les plus délicates avec un arsenal si réduit ». Et l'on ne peut quitter le service de clinique de l'hôpital Saint-Antoine, sans rappeler que sur elle plane la grande ombre de F. Lejars.

Se tournant alors vers les étudiants, le Prof. Cadenat leur trace, de manière magnifique, ce que sera la tâche de demain s'ils veulent devenir des chirurgiens. « Nous n'avons plus le nombre, il faut avoir la qualité. »

Il faut avoir la force physique, cultiver son corps. Il faut cultiver les travaux manuels « nécessaires pour passer de la pensée à l'action ». Il faut discipliner son cerveau ; « nous ne manquons pas d'hommes intelligents, mais de caractères... et cela peut nous mener loin ». « Il faut tenir dans le calme aussi longtemps qu'il le faut, jusqu'à ce que sonne l'heure claire. »

Puis c'est l'éloge de l'instruction par l'hôpital. « Abandonnez vos livres et vos questions à la porte de la salle de malades »,



« à l'hôpital il n'y a qu'un maître, le malade ». Puis, vient la critique de nos méthodes surannées d'instruction.

L'étudiant devrait pouvoir s'instruire sans sortir de l'hôpital, dans une vaste Université, comme à Strasbourg et Lyon. L'anatomie des formes, l'anatomie chirurgicale est le prologue de l'étude des techniques chirurgicales. L'enseignement de celles-ci comporte les exercices de médecine opératoire qui ne sont que « des gammes » ; le véritable enseignement ce sont les cours de perfectionnement.

Mais le vrai chirurgien n'est pas seulement un anatomiste et un opérateur : « Nous n'oublions que trop que nos organes vivent. Nous devons à M. Leriche de nous engager dans cette voie féconde qu'un chirurgien doit se doubler d'un biologiste ». Il faut élargir l'éducation chirurgicale et rétablir le diplôme de chirurgien. Ceci implique un enseignement spécial, chirurgical, médical et biologique, une interpénétration de la médecine et de la chirurgie comme la neuro-chirurgie en est un exemple.

Dans une péroraison d'une grande élévation d'idées, le Professeur Cadenat invite les étudiants à travailler pour rendre à notre pays la place qu'il a occupée autrefois ; il faut « penser français » et même, si nous devenons citoyens du monde, « rester de notre village ». Il est nécessaire de conserver sa foi et se donner la règle de vie du proverbe arabe : « A ta naissance tu pleures et tout le monde rit ; fais en sorte qu'à ta mort tu conserves ta sérénité et que tout le monde pleure ».

En le présentant tout à l'heure, le doyen Baudouin n'avait-il pas raison de dire que Cadenat était « un homme droit et un caractère ».

M. Lance.

L'ultra-Violet, la lumière solaire et artificielle et l'infrarouge, de J. Aimard et H. Dausset. 6e Edition, revue et corrigée par le Dr A. Aimes, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier et P. Bétoulières, chef de laboratoire d'électroradiologie à la Faculté de Médecine de Montpellier. Un volume de 264 pages et 20 hors-texte d'appareillage. Prix : 35 francs. A l'Expansion Scientifique Française, 2, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Vie d'Alphonse Bertillon (inventeur de l'anthropométrie), par Suzanne Bertillon. Un volume in-8 soleil, sous couverture illustrée : 40 francs. Gallimard, éditeur, Paris, 1941.

Nécrologie

SALIMBENI

1867-1942

Alexandre Salimbéni qui vient de mourir à l'Institut Pasteur était un des survivants de cette équipe de chercheurs, animés de la flamme sacrée, qui, sous la direction de Pasteur puis d'Emile Roux, ont tant contribué à la grandeur de la maison.

Salimbéni, né à Aequapendente, avait fait ses études à l'Université de Sienne. Venu à Paris en 1894, pour suivre les cours de bactériologie de l'Institut Pasteur, il devait y rester jusqu'à sa mort.

Ses travaux sont innombrables. Citons surtout ses recherches sur le vibrion cholérique en 1895, puis l'invention de son procédé des sacs de collodion qui permit, entre autres, la culture du microbe de la péripneumonie. On lui doit encore de beaux travaux sur l'immunité, les agglutinines, les poisons microbiens. C'est lui, enfin, qui mit au point, rue Dutot, le service des vaccins, avec production de vaccins purs, sans addition de produits antiseptiques. De nombreuses missions lui furent confiées. Il alla étudier la peste de Porto, la fièvre jaune au Brésil, le choléra à Saint-Pétersbourg et à Marseille.

Salimbéni avait été élu correspondant étranger de l'Académie de Médecine en 1923 et associé étranger en 1937. Il était Officier de la Légion d'honneur. Il laissera le souvenir d'un grand savant et d'un homme simple, bienveillant et fidèle à ses amitiés.

F. L. S.

Le Dr Henri Castaing, médecin-lieutenant-colonel en retraite, décédé à Fontainebleau.

— Le Dr Gaston Lion, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à Monaco, à l'âge de 81 ans.

— Le Dr Henri Deydier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, président de la Croix-Rouge de Tournon-sur-Rhône, décédé à l'âge de 74 ans.

— Le Dr Gustave Hudellet, ancien médecin commandant des troupes coloniales, directeur du sanatorium de Banyuls-sur-Mer, décédé à l'âge de 60 ans.

— Le Dr Gaston Coronat, à Cannes.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

ERYTHRA

arrête la poussée fébrile,
améliore les signes pulmonaires,
évite les complications de la

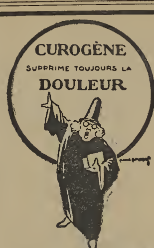
ROUGEOLE

Toutes les 4 heures : Enfants : 4 gouttes par année d'âge Adultes : 50 à 80 gouttes

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 39, Bd. de La Tour Maubourg, PARIS-7e

OPNOR

Zone non occupée : Pontgibaud (Puy-de-Dôme)



CUROGÈNE

Anti-Douleur

Forme Liquide = Seule Rationnelle

2 à 5 cuillerées à dessert par jour

Contre la douleur dans ses diverses manifestations

RHUMATISMES, MIGRAINES
NÉVRALGIES REBELLES, RAGES DE DENTS
LUMBAGO, SCIATIQUE, GRIPPE
DYSMÉNORRHÉE, DOULEURS POST-PARTUM, etc.

Laboratoire du Docteur J. GALIMARD, Versailles

Cure de décholestérinisation

INSUFFISANCE HÉPATIQUE
CHOLECYSTITES
DYSPEPSIES HEPATIQUES
DERMATOSES
TROUBLES OCULAIRES
DES SCLÉREUX

HEPATISME

DECHOLESTROL

CHOLAGOGUE DOUX

12 jours par mois
matin et soir avant les repas
un paquet dans un demi verre d'eau ordinaire ou minérale, tiède de préférence (Vichy, Vittel, Evian, Châtel-Guyon, Vals, etc...)

LABORATOIRES J. LAROZE
54 RUE DE PARIS CHARENTON (SEINE)

Pas de contre-indications

AFFECTIONS DE
L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE

VALS SAINT-JEAN

ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

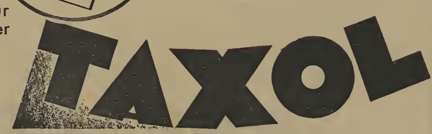
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre



ACTION RÉGULIÈRE
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour
aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés



Laboratoires LOBICA
25, RUE JASMIN - PARIS-16e

EUPHORYL
Cachets - Dragées - Intraveineux - Intramusculaire

Dermatoses
— Prurits —
Anaphylaxies
Intoxications

Cas moyens : *3 Cachets par Jour*
Cas aigus : *3 Injections intraveineuses par semaine*



SALICYLATE
SURACTIVÉ "ANA"

Affections Rhumatismales
Algies - Infections
Troubles Hépatiques

Solution { ½ cuil. à café mesure ou 70 gouttes } = 1 gr.
Dragées Glutinisées : (dosées à 0 gr. 50) 2 dragées = 1 gr.
Intraveineux : 10 cc. = 1 gr.

EUPHORYL
INFANTILE
(Granulé soluble)

Troubles Hépato-digestifs
de l'Enfance
Dermatoses - Anaphylaxies

1 Cuillerée à Café par Année d'Age

HIRUDINASE
(Dragées)

Affections veineuses
Infections Vasculaires
(Prophylaxie et Traitement)
Troubles menstruels
Aménorrhées - Dysménorrhées

4 à 6 Dragées par Jour
(10 jours avant la date des règles)

LABORATOIRES "ANA" ANA 18, avenue Daumesnil, PARIS (12e)

N°s 13-14. — 18-21 FÉVRIER 1942 115e ANNÉE Ces deux numéros groupés : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies................Un an. 75 fr.
Etudiants....... .... « 40 fr.
Etranger. — 1re zone : 110 fr. ; 2e zone : 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Administration générale de l'Assistance Publique (SERVICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — Le nombre des médecins figurant encore sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des consultations départementales de nourrissons étant insuffisant pour assurer les besoins du service, la commission chargée de procéder au choix des candidats sera convoquée le 16 mars 1942.

Le nombre des candidats à admettre est fixé à quinze. Toutefois cinq places seront réservées pour être ultérieurement attribuées à des candidats actuellement prisonniers de guerre.

Les docteurs en médecine désireux de faire acte de candidature devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, service des enfants secourus et de la protection du premier âge, jusqu'au 28 février 1942, dernier délai. Ils devront justifier : 1° qu'ils sont Français à titre originaire (loi du 16 août 1940) ; 2° qu'ils n'appartiennent à aucune des sociétés secrètes visées par la loi du 13 août 1940 ; 3° qu'ils ne sont pas israélites aux termes de la loi du 2 juin 1941 (des modèles de déclarations à souscrire à cet effet leur seront remis à l'Administration lors du dépôt de leur dossier).

Ils devront produire, à l'appui de leur inscription, leur diplôme de doctorat, un exposé de titres rédigé par leurs soins en six exemplaires, ainsi que tous certificats émanant des chefs de service d'enfants ou de consultations de nourrissons auxquels ils ont été attachés. Ces certificats devront mentionner la durée des fonctions et l'appréciation des chefs de service.

Réorganisation des études en vue du doctorat en médecine. — DÉCRET N° 266 DU 30 JANVIER 1942. (Voici le texte du décret que nous avons signalé dans notre dernier numéro :)

Art. 1er. — L'art. 23 du décret du 6 mars 1934 susvisé est modifié et complété ainsi qu'il suit en faveur des seuls étudiants mobilisés ou ayant été, du fait de circonstances nées de la guerre, dans l'obligation de changer de faculté ou école :

Alinéa 4. — Ajouter : « Toutefois, le candidat n'ayant obtenu que la note 4 à l'épreuve théorique écrite d'une seule matière sera déclaré admissible aux épreuves théoriques orales de cette matière ».

Alinéa 7. — Ajouter : « Toutefois, le candidat n'ayant obtenu que la note 4 à l'épreuve orale d'une seule de ces matières, sera déclaré reçu s'il obtient, pour l'ensemble des épreuves de l'examen de fin d'année, une moyenne d'au moins 5 sur 10 ».

Alinéa 8 (nouveau). — « A la session de juin-juillet, tout candidat n'ayant pas, d'une part, obtenu pour les épreuves pratiques, la moitié du maximum des points à l'une des matières de l'examen de fin d'année et n'ayant pas, d'autre part, réussi aux épreuves théoriques dans les conditions fixées aux alinéas 4, 5, 6 et 7 du présent article, est ajourné pour ces épreuves à la session d'octobre-novembre. Toutefois, le candidat n'ayant obtenu que la note 4 à une seule épreuve pratique, sera déclaré reçu à la double condition :

a) Qu'il obtienne pour l'ensemble des épreuves de l'examen de fin d'année une moyenne d'au moins 5 sur 10 ;

b) Qu'il n'ait pas bénéficié de l'une des mesures de faveur prévues aux alinéas 4 et 7 du présent article. S'il a obtenu une note

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE — 27, Rue de la Procession - PARIS 15

au moins égale à 5 à l'une des matières traitées à l'écrit, il conservera pour cette matière le bénéfice de l'admissibilité pour la session d'octobre-novembre. »

Alinéa 13 (nouveau). — « Une session extraordinaire d'examens aura lieu au début du mois de février ; elle sera réservée aux candidats qui, n'ayant pu pour un cas de force majeure dûment justifié, se présenter, soit à la session de juin-juillet, soit à la session d'octobre-novembre, n'auront échoué que pour une matière ou deux épreuves d'une même matière et qui auront obtenu une moyenne d'au moins 6 sur 10, pour l'ensemble des autres matières.

Leur immatriculation pour l'année d'études suivant celle pour laquelle ils sont inscrits est de droit obligatoire. »

Art. 2. — Le secrétaire d'Etat à l'Education Nationale et à la Jeunesse, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de l'Etat Français.

Les étudiants et étudiantes visés par les dispositions du décret ci-dessus, exceptionnellement applicables à l'une ou l'autre des deux sessions normales de 1941, sont invités à se faire connaître au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet 3). Ils devront, soit produire une pièce justifiant de leur titre de mobilisé (titre de démobilisation ou autre), soit remettre une demande exposant sommairement, avec preuves à l'appui si possible les conditions dans lesquelles ils ont été amenés à changer de faculté ou d'école. Faire cette démarche dans un bref délai.

Faculté de Médecine de Paris. — Travaux pratiques d'anatomie. — Une série supplémentaire de travaux pratiques d'anatomie (1re et 2e années), aura lieu à partir du *lundi* 9 *mars* 1942, à 13 h. 30. Droit d'inscription : 200 francs. S'inscrire au secrétariat les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Institut de France. — Par arrêté du 5 février 1942, est approuvée l'élection par l'Académie des Sciences de M. Louis de Broglie, comme secrétaire perpétuel pour les sciences mathématiques, à la place devenue vacante par la mort de M. Emile Picard.

Collège de France. — M. Maurice de Broglie, de l'Académie Française, membre de l'Académie des Sciences est nommé professeur titulaire dans la chaire de physique générale et expérimentale. (*J. O.*, 8 février 1942.)

[Maurice, duc de Broglie, est né à Paris en 1875. Il a été officier de marine, après avoir été reçu 1er à l'Ecole Navale et en être sorti premier.

Le duc de Broglie est le frère aîné du nouveau secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, le prince Louis de Broglie, né en 1892 et professeur de théories physiques à la Faculté des Sciences de Paris.]

Voir la suite des Informations, page 138.

Ordre National des Médecins

Communiqué du Conseil Supérieur

Le Conseil Supérieur a été informé que le secrétaire d'Etat au Travail avait donné aux caisses les instructions nécessaires pour que soient « momentanément inapplicables » les articles 12 et 13 de la loi du 31 décembre 1941 imposant l'obligation de porter sur les feuilles d'assurances sociales le montant des honoraires perçus par les médecins.

D'autre part, le secrétaire d'Etat aux Finances a avisé le Conseil Supérieur que pour laisser aux médecins le temps de se mettre en règle avec la dernière loi de finances, son administration était disposée à admettre que, jusqu'au 28 février 1942, les encaissements d'honoraires soient effectués sans délivrance de reçus.

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

Communiqué

Circulation. — A propos du renouvellement des permis de circulation de vélomoteurs, motocyclettes, cyclecars et vélocars à moteur auxiliaire, le Conseil de l'Ordre reçoit de la Préfecture de Police l'avis suivant :

« J'ai l'honneur de vous informer, à toutes fins utiles, que les permis de circulation de vélomoteurs, motocyclettes, cyclecars et vélocars à moteur auxiliaire venant à expiration fin février ne seront pas échangés, mais leur validité sera prorogée par les soins du Service Central du Roulage.

« Les opérations de prorogation ont lieu dès maintenant et jusqu'au 28 courant (sauf dimanche), à la Préfecture de Police, Service Central du Roulage, escalier E, 1er étage, bureau 187.

« Les intéressés devront se munir de tous leurs titres de circulation (y compris carte grise et récépissé de déclaration de propriété, loi du 25 septembre 1941). »

Approvisionnement. — Un certain nombre de médecins ont demandé au Conseil de l'Ordre dans quelles conditions ils pouvaient renouveler leur provision de compresses et de coton indispensables aux pansements.

Le Conseil de l'Ordre fait savoir aux médecins du département que ces demandes doivent être adressées au Comité d'Organisation et du Commerce des Produits Pharmaceutiques, 5, rue de Luynes, à Paris.

La *Commission Régionale des Conseils de l'Ordre des Médecins de la Région Sanitaire de Paris* et le *Comité de Coordination des Conseils de l'Ordre des Médecins de la Région Parisienne* se sont réunis le 1er février 1942 à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Le Comité de Coordination a pris connaissance avec satisfaction des nouveaux tarifs de responsabilité établis par l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la Région Parisienne et appliqués depuis le 1er janvier 1942. En ce qui concerne la consultation, la visite à domicile et les actes de pratique médicale courante, les tarifs établis par les caisses coïncident exactement avec les honoraires minima fixés antérieurement par les Conseils de l'Ordre des cinq départements formant la région parisienne. En ce qui concerne les actes de chirurgie et de spécialités, le relèvement est important, surtout pour les actes de spécialités ; mais les tarifs de responsabilité ne rejoignent pas encore tout à fait les honoraires minima fixés par les Conseils départementaux de l'Ordre.

Le Comité de Coordination a pris connaissance également des tractations en cours dans les cinq départements de la région parisienne pour le renouvellement des conventions avec les caisses, renouvellement qu'il souhaite aussi rapide que possible pour permettre de faire fonctionner à nouveau le contrôle technique et assurer une efficace répression des abus éventuels.

Le Comité de Coordination, à l'unanimité des membres présents, a manifesté une fois de plus son attachement aux principes de la charte médicale : libre choix, entente directe, etc., et s'est félicité de voir que ces principes étaient toujours exactement mis en application dans la région parisienne.

Enfin le Comité de Coordination a discuté les nombreuses questions mises à l'ordre du jour, parmi lesquelles celles ayant trait à la réunion de la Commission Régionale Tripartite, à la regrettable création de l'Institut National d'Action Sanitaire des Assurances Sociales, aux Assurances Sociales Agricoles, aux nouvelles dispositions fiscales et notamment à celle relative à l'indication des honoraires perçus sur les feuilles de maladie (indication qui ne pourra devenir effective que plus tard, lorsqu'aura paru l'arrêté spécial prévu par la nouvelle loi.

De son côté la Commission Régionale a pris acte des démarches poursuivies auprès des diverses administrations au sujet du relèvement des honoraires pour soins donnés aux malades de l'Assistance Médicale Gratuite. Ce relèvement, très substantiel, est déjà acquis en ce qui concerne les communes de banlieue du département de la Seine ; il interviendra très prochainement pour les départements de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne.

Poursuivant l'étude de la question des dispensaires et de la médecine d'usine, la Commission Régionale a affirmé à nouveau sa volonté de faire transformer progressivement tous les dispensaires de soins en dispensaires de prophylaxie et de diagnostic, œuvre difficile et de longue haleine qu'elle s'efforcera de mener à bien avec l'appui du Conseil Supérieur. La Commission Régionale demandera en particulier, au Conseil Supérieur, de veiller à ce que la législation sur la médecine d'usine interdise aux médecins d'usine de donner des soins aux ouvriers et de remplir des certificats d'accidents du travail ou des feuilles de maladie d'Assurances Sociales.

Enfin, la Commission Régionale a continué la discussion du rapport du Dr Larget sur l'organisation hospitalière dans les trois départements de la région sanitaire de Paris, et envisagé les répercussions de la nouvelle loi hospitalière du 21 décembre 1941 sur l'hospitalisation dans les divers établissements de soins et notamment dans les maisons de santé privées.

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES
NOUVELLE ADRESSE : 26, RUE SAUSSIER-LEROY, PARIS-17e

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ANTISEPTIQUE		
LUSOFORME Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Solution de formaldéhyde et de ricinoléates alcalins*	Gynécologie - Obstétrique Antisepsie - Désodorisation
ANXIETE - INSOMNIES		
SÉDORMID "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Hypnogène non barbiturique* Comp. à 0.25 (dose sédative) 1 comp. 2, 3 ou 4 fois p. j. (dose hyp.), 2 comp. au coucher	Toutes insomnies Anxiété
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo* *Poudre de Belladone* *Evonymine brune, Agar-Agar* *1 à 2 comprimés 1/2 heure avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
ETATS DE CARENCE		
AMINO-VIT "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*3 Vitamines essentielles : B1, C, D + 3 Acides aminés indispensables : tryptophane, histidine, lysine* Comprimés agréables à croquer Nourrissons, enfants, adultes	Alimentation insuffisante ou mal réglée Asthénie, convalescences Etats de carence, etc.

Copyright VS-7-1942

Granules CATILLON STROPHANTUS
à 0,001 Extrait Titré de

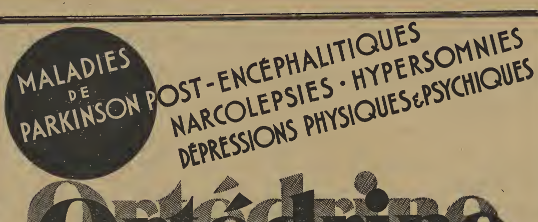
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et des **VIEILLARDS** etc.

Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE – TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine" Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.



(Sulfate de phényl-1 amino-2 propane)
COMPRIMÉS DOSÉS À 0g005, DIVISIBLES PAR DEUX

Accroît l'activité du système orthosympathique
Accroît l'activité physique et intellectuelle

POSOLOGIE MOYENNE : (*très variable suivant les sujets*) ½ À 2 COMPRIMÉS PAR JOUR
Commencer par 1 comprimé, augmenter si nécessaire

ODETTE ZÉAU

L'ORTÉDRINE DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE DE PRÉFÉRENCE LE MATIN

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA** MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme, un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES - GRIPPE - RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boulevard Haussmann — PARIS

REVUE GENERALE

L'EMPHYSÈME MÉDICAL SOUS-CUTANÉ

par M. le Professeur R. Pierret et M. A. Breton
(de Lille)

Introduction

Littré définit l'emphysème comme « une tumeur blanche, élastique, indolente, causée par l'introduction de l'air dans le tissu cellulaire ».

C'est cette définition étymologique que nous retiendrons à l'exclusion de toute autre.

L'emphysème sous-cutané est donc un accident caractérisé par l'infiltration du tissu conjonctif lâche périphérique par l'air atmosphérique.

Se trouvent par voie de conséquence éliminées du cadre de cette étude, toutes les formations intraorganiques gazeuses par fermentation anaérobie.

Seul devra être examiné l'emphysème aérien vrai.

Selon les circonstances de son apparition, cet emphysème aérien vrai est dit ou médical ou chirurgical. Nous limitant exclusivement à l'étude de l'emphysème sous-cutané d'origine médicale, et sans aborder la question de son historique que l'on trouvera exposé dans la thèse de notre élève Devos (thèse, Lille 42), nous avons désiré en faire ici la mise au point et indiquer les progrès récents apportés dans sa thérapeutique.

*
**

Etiologie et pathogénie

L'emphysème sous-cutané médical se montre au cours des circonstances les plus diverses.

Son apparition est toujours imprévisible.

C'est un accident rare.

Sa fréquence exacte ne peut être, même de nos jours, déterminée avec certitude. Les statistiques publiées jusqu'ici sont vraiment par trop imprécises :

Celle déjà ancienne de Berkeley et Coffen (11/1701 cas de broncho-pneumonie grippale, 1919), pour n'en citer qu'une, ne nous semble pas, en effet, répondre à la réalité des faits actuels.

Ceci dit, deux facteurs essentiels sont, paraît-il, nécessaires pour qu'on le voie apparaître :

A. — *L'existence d'une brèche dans l'arbre aérien par où passera l'air.*

B. — *Une force capable de pousser les gaz dans les tissus.*

La pathogénie classique raisonne en effet de la façon suivante (Gatellier, Jehn et Nissen) :

Il faut d'abord une brèche pulmonaire. Cette brèche peut théoriquement survenir à n'importe quel étage de l'arbre respiratoire ; aussi bien au niveau de l'alvéole qu'au niveau des bronchioles, des bronches, de la trachée ou du larynx. Mais c'est surtout au niveau d'une alvéole, et d'une alvéole distendue, affaiblie, qu'elle se produit.

Il est indispensable, en effet, aux yeux de tous que la paroi qui va se laisser fissurer soit, par définition, ou malade ou amincie, prête à succomber au moindre « coup de pompe pulmonaire ». Une paroi normale résiste ; telle est l'opinion générale. Or cette faiblesse constitutionnelle existe. Elle est congénitale ou acquise par une maladie de distension mécanique alvéolaire ou à la suite d'une adultération par mécanisme infectieux ou toxique.

L'hyperpression gazeuse intervient alors. Son rôle est capital. C'est elle qui va créer la fuite d'air, aider l'agrandissement de la brèche, et en entretenir la béance. Elle interviendra à la suite d'un accès de toux, d'une dyspnée continue ou paroxystique, d'une coudure de bronche, d'une obstruction intrinsèque ou extrinsèque du canal bronchique. Elle sera durable, momentanée ou essentiellement passagère. Elle prendra parfois naissance dans un spasme bronchique surajouté. De toutes façons, c'est elle qui expulse l'air au travers des tissus par un jeu de « coup de pompe ». Cet air atmosphérique fusera d'abord dans le tissu interstitiel interalvéolaire, puis dans le tissu conjonctif interlobulaire sous-pleural, remontera le long des bronches ou par une fistule de la plèvre viscérale dans le médiastin, s'y épanouira en s'y comprimant, gagnera ensuite la région cervicale en violant l'aponévrose cervicale moyenne, fuyant ainsi par le haut, par la soupape de sûreté des aponévroses cervicales qui fonctionne à sens unique de dedans au dehors (Gatellier).

Tel est le mécanisme que l'on invoque habituellement ; celui qui permet de comprendre pourquoi l'emphysème sous-cutané peut apparaître au cours d'un grand nombre d'états pathologiques apparemment bien dissemblables mais néanmoins unis entre eux par un même lien : *le terrain pulmonaire.*

Selon la fréquence de l'emphysème sous-cutané au cours de ces maladies, selon la prépondérance de l'élément mécanique ou de l'élément ulcéro-inflammatoire, selon le niveau où apparaît la brèche, il est possible de grouper suivant une hiérarchie ces divers états et d'y distinguer trois catégories d'infections susceptibles de se compliquer d'emphysème.

Première catégorie :

Les pneumopathies — en donnant à ce terme sa signification la plus large. On trouve réunis ici, dans ce groupe, au maximum tous les facteurs favorables à une altération initiale et primordiale de l'élément noble pulmonaire ; altération élective de l'élastique, lésion de la cellule de revêtement alvéolaire, nutrition insuffisante, emphysème compensateur des zones saines, action complémentaire de la toux, de la dyspnée, de la polypnée, circulation de l'air de retour intrabronchique gêné par une tumescence de la muqueuse bronchique plus ou moins encombrée par du mucus. Aussi y rencontre-t-on la tuberculose, les affections aiguës microbiennes non bacillaires, la grippe, l'asthme, l'emphysème pulmonaire, le catarrhe bronchique.

Deuxième catégorie :

Les affections qui, sans être fondamentalement pulmonaires, n'en intéressent pas moins l'arbre respiratoire et soulignent nettement l'intervention du facteur « effort respiratoire » dans la pathogénie. Les lésions pulmonaires y sont peu apparentes. L'adultération du parenchyme y est camouflée. La tendance spasmophylique est latente.

Tels sont la coqueluche, le croup, les laryngites striduleuses, voir certaines septicémies avec localisations discrètes.

Troisième catégorie :

Les affections ou états physiologiques n'ayant aucune répercussion apparente sur l'appareil respiratoire mais susceptibles de provoquer — sans lésion pulmonaire concomitante — un effort respiratoire intense de rupture. Citons à titre documentaire le travail d'accouchement au moment des efforts d'expulsion, le travail du soufflage de verre. La pathogénie semble se résumer ici uniquement à un acte mécanique simple d'hypertension gazeuse intrabronchiolique ou intraalvéolaire. Peut-être toutefois faut-il y ajouter une faiblesse complémentaire ou congénitale latente de la paroi qui se rompt. Ainsi, et nous le comprenons aisément, sous nos climats, avant toute autre maladie, la tuberculose occupe la première place.

Toutes les formes de la bacillose peuvent donner naissance à l'emphysème sous-cutané ; les granulies aussi bien que les formes ulcéro-caséeuses, les formes aiguës aussi bien que les formes chroniques. Mais tandis que chez l'adulte on le voit surtout dans les poussées évolutives de la fibrocaséose, chez l'enfant c'est surtout au cours des granulies et des états graves de primo-infections qu'on l'observe.

Viennent ensuite, par ordre d'importance, les processus pneumoniques et broncho-pneumoniques — primitifs ou secondaires — surtout ceux consécutifs aux maladies éruptives de l'enfance : coqueluche, rougeole, diphtérie. C'est souvent vers le sixième ou septième jour que l'accident se produit. En ce qui concerne plus particulièrement l'enfance,

l'étiologie broncho-pneumonique est considérée à juste titre comme de loin la plus fréquente.

Les affections chroniques du poumon n'échappent pas par ailleurs au danger de créer un emphysème sous-cutané. L'emphysème pulmonaire banal, même en période de repos, peut à l'occasion d'une simple toux, voire même d'une petite gêne respiratoire, momentanée, provoquer l'incident. Il est à remarquer toutefois, statistiques en mains, que moins une affection est aiguë ou évolutive, moins l'emphysème sous-cutané a de chance de naître.

Dans tous les exemples que nous avons cités jusqu'ici, le mécanisme invoqué à l'origine de la production d'un emphysème semble logique et normal. L'esprit est satisfait de l'explication anatomique qu'on lui fournit.

Or la pathogénie classique est souvent en défaut.

Bien souvent, malgré des recherches cliniques et autopsiques minutieuses et bien menées, il est impossible de découvrir la moindre lésion, la moindre solution de continuité au niveau de l'arbre respiratoire. Les épreuves sur le cadavre restent souvent négatives. Positives, elles ne sont pas toujours probantes, et il est permis de se demander si les brèches trouvées ne sont pas la conséquence d'un artéfact opératoire (voir bibliographie, thèse Devos, Lille 42).

Les relations de cause à effet entre la maladie en jeu et l'emphysème sous-cutané échappent. C'est ainsi que l'on a vu des dothiénentéries, des dysenteries, des septicémies, des fièvres éruptives à leur période d'état ou après desquamation, se compliquer d'emphysème sans qu'il y ait la moindre localisation clinique pulmonaire décelable. Hallé l'a signalé dans un cas banal de varicelle. Nous-mêmes nous le voyons apparaître chez un enfant porteur d'ascaris !

De cette impossibilité de concilier les faits avec la doctrine anatomique, admise habituellement jusqu'ici, est née une seconde pathogénie, plus physiologique, moins anatomique. Cette deuxième pathogénie ne tend pas à supplanter la première, mais à combler ses lacunes.

Selon la conception nouvelle, il n'y a pas obligatoirement rupture alvéolaire. La brèche pulmonaire est remplacée par une perméabilité anormale du revêtement alvéolaire, laissant filtrer l'air et ne sachant plus le retenir dans l'enceinte de l'acinus. Les alvéoles ne sont plus rompues, elles sont devenues poreuses. Leur étanchéité n'est plus parfaite. Il y a dislocation architecturale. Par quel mécanisme étonnant cette perturbation se produirait-elle ? On en est réduit à de pures hypothèses. Toutefois l'on a tendance à accuser principalement des modifications biochimiques locales et des troubles du système nerveux pulmonaire autonome. Peut-être faut-il y voir la résultante de rétentions locales des sels, de chlorures, de polypeptides et d'acides aminés au niveau d'un tissu pulmonaire distendu, asphyxique dont la vie et la perméabilité cellulaire se trouvent, on le sait aujourd'hui, principalement sous la dépendance de fibres sympathiques.

Rien n'est encore prouvé. Toutefois cette seconde théorie est séduisante.

Elle complète la doctrine classique ; elle permet de comprendre la guérison possible et spontanée observée parfois en clinique de la soi-disante brèche pulmonaire difficile à concevoir selon l'idée anatomique que l'on s'en faisait.

L'une et l'autre de ces deux théories répondent à des faits différents.

La première groupe la majorité de ce que l'on nommait jadis les emphysèmes d'effort.

La seconde s'occupe surtout des emphysèmes dits de faiblesse.

***

ETUDE CLINIQUE

L'étude clinique comporte quatre chapitres que nous envisagerons, pour des raisons de commodité d'exposition, de façon séparée.

A. — La symptomatologie.
B. — La radiologie.
C. — L'évolution et le pronostic.
D. — Le diagnostic différentiel.

***

Symptomatologie

L'emphysème sous-cutané médical débute parfois très brusquement par l'apparition subite et inopinée d'une tuméfaction gazeuse sous la peau. C'est rare.

Plus souvent l'emphysème s'annonce par un cortège de symptômes prodomiques qui précèdent de peu l'extériorisation du gonflement gazeux sous-cutané révélateur.

Le premier signe fréquemment observé est la *dyspnée*.

C'est une dyspnée intense, pénible, avec polypnée, pouvant aller jusqu'à quarante inspirations par minute. Quand l'affection en cause est déjà par elle-même dyspnéisante, il va de soi qu'au moment où l'emphysème se déclenche, la dyspnée existante subit une exacerbation.

Parfois c'est une *quinte de toux* qui marque le début apparent. Au cours de cette quinte de toux, le malade peut percevoir une sensation de déchirure, une « vive douleur en coup de couteau » (Veran) dans le thorax, une sensation de « tension à éclater ».

Ces symptômes particuliers sont suivis presque aussitôt par l'apparition d'une soif d'air, pénible à supporter. Quelques heures après, deux jours au plus surgit la tuméfaction pathognomonique.

Cette tuméfaction apparaît dans la plupart des cas au niveau du cou, au niveau surtout de la fourchette sus-sternale, parfois au niveau du thorax. Si l'inspection l'a montrée de temps à autre prédominante au niveau des joues, la palpation méticuleuse localise le siège initial toujours à la base du cou. A partir de ce moment, l'envahissement des tissus par l'air poussé par les secousses de toux sera progressif. Successivement sont envahis : le cou, le thorax, souvent la face, parfois l'abdomen, quelquefois aussi les membres supérieurs ; exceptionnellement les membres inférieurs. Lorsque tout le corps est pris, on a l'aspect dit de « bébé en baudruche » (Comby).

Cette généralisation n'est pas un fait obligatoire, et nous insistons sur le fait que nombre d'emphysèmes sous-cutanés restent localisés, peu importants, uniquement limités au cou, au thorax et aux fosses claviculaires.

La diffusion d'un emphysème s'explique par la continuité du tissu cellulaire de tout l'organisme ; son cloisonnement dépend de la présence des aponévroses et des obstacles opposés par certains plans fibro-osseux. Ainsi la face et les membres inférieurs sont généralement respectés, à cause de l'existence des aponévroses cervicales et de l'arcade crurale.

Par ailleurs la densité du tissu cellulaire sous-cutané à certains niveaux, le feutrage serré des mailles, expliquent pourquoi le cuir chevelu, les mains et les pieds sont rarement touchés.

Il est inutile d'insister davantage sur ces faits que le bon sens comprend aisément. Ajoutons seulement que la diffusion à partir du point d'apparition s'opère dans des délais très variables, de quelques heures à quelques jours. C'est une question de cas.

L'infiltration même étendue, peut être peu marquée. Elle se manifeste alors par la disparition des méplats, l'effacement des espaces intercostaux, le comblement des fosses claviculaires, etc.

Par contre, dans d'autres cas, l'emphysème est important, sous tension. L'infiltration du tissu sous-cutané peut alors aboutir à la formation de monstruosités : véritables tumeurs au niveau des paupières, du scrotum, des grandes lèvres. L'emphysème de la face est alors habituellement remarquable.

La tuméfaction de l'emphysème présente un certain nombre de caractères distinctifs qu'il est bon de rappeler. A la palpation elle apparaît souple, rénitente, rarement douloureuse. Quoique dépressible, elle ne laisse pas persister l'empreinte du doigt. Elle possède surtout un signe de toute première valeur : *la crépitation*. Dolbeau a comparé cette crépitation au froissement d'une mèche de cheveux. La plupart des auteurs lui donnent le nom de *crépitation gazeuse ou neigeuse*. Le doigt, à la palpation profonde,

Viosten Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines

Injections de 1 c.c.
Comprimés
Granulés



Déficiences organiques

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe)
Téléph. : Vaugirard 08-19
et LIVAROT (Calvados)

Imprimé en France

Toutes les activités polyvalentes antibactériennes de la sulfamidothérapie, accrues par les propriétés pharmacodynamiques du radical camphosulfonique

SILÉNAN

809 - B. CAMPHOSULFONATE DE 1162-F

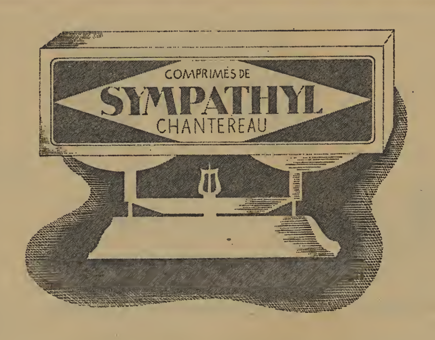
2 FORMES :
COMPRIMÉS : Tubes de 40 comprimés dosés à 0 gr. 25
POUDRE : Flacons-poudreurs de 10 et 30 gr.

- Lutte plus efficacement contre l'élément microbien.
- Exalte au maximum les capacités de défense de l'organisme.
- Hâte la crise urinaire et favorise l'élimination des toxines.

LABORATOIRES S. COUDERC

Agence Z.N.O. 2, Place Croix-Paquet LYON Tél. : B. 09-93

9 et 9bis, Rue Borromée PARIS-XVe TÉL. : SUFFREN 02-64



Un bon équilibre
du système vago-sympathique
assure
une vie bien équilibrée

SYMPATHYL

3 à 8 comprimés pur jour

FORMULE

Extrait spécial de cratægus	0,06
Phénylméthylmalonylurée	0,01
Extrait de bolda	0,01
Hexaméthylènetétramine	0,06
Peptone polyvalente	0,03

Laboratoire du
SYMPATHYL
INNOTHÉRA (ARCUEIL-PARIS)

MODE D'EMPLOI
3 à 8 comprimés
par jour, de préférence
avant les repas

perçoit une sensation comparable à celle qu'on obtient en « comprimant légèrement de la neige ou de l'amidon pulvérulent » (Sys).

Il éprouve même souvent la sensation d'un déplacement de petites bulles d'air, de duvet.

La crépitation neigeuse constitue un signe pathognomonique. Elle n'est pas toujours immédiate. Elle apparaît quelquefois avec un retard de vingt-quatre heures sur la tuméfaction.

L'oreille peut également l'entendre sous forme de petits bruits secs, très fins, qu'on produit tandis que le doigt explore la peau. Il arrive même que la crépitation puisse être perçue au cours d'une auscultation pulmonaire ou cardiaque, par déplacement de bulles d'air médiastinal, ou sous-pleural sous l'influence des battements cardiaques ou des mouvements respiratoires du poumon.

La percussion, la diaphanoscopie et la ponction mettent en évidence la nature aérienne de la tuméfaction. Celle-ci apparaît sonore à la percussion. L'examen à la lampe montre sa transparence. La ponction, avec un gros trocart, donne issue à l'air qui sort en sifflant surtout si l'on fait pression artificiellement dessus.

Tuméfaction, crépitation neigeuse, tels sont les deux signes essentiels de l'emphysème sous-cutané à sa période d'état. Le troisième signe est, nous l'avons vu, la dyspnée. Celle-ci apparaît souvent avant le gonflement qu'elle annonce ; parfois intense, parfois continue, parfois paroxystique. Très fréquente, elle ne constitue cependant pas, comme les deux premiers symptômes, un signe constant. Elle dépend de la forme anatomoclinique de l'emphysème.

En dehors de ces grands signes, la symptomatologie varie en effet suivant le point de départ anatomique de l'air qui fuse.

Ou l'air s'achemine des poumons vers le tissu cellulaire sous-cutané, par la paroi thoracique à travers des plèvres symphysées sans envahissement du médiastin — et il s'agira de la *forme simple périphérique de l'emphysème sous-cutané médical*.

Ou l'air gagne le tissu cellulaire sous-cutané à la suite d'une rupture intrapulmonaire et atteinte secondaire médiastinale, et l'on aura à faire à la *forme complexe de l'emphysème sous-cutané*.

La première éventualité est infiniment plus rare que la seconde.

Nous allons montrer l'intérêt de leur distinction.

Dans la forme complexe la voie d'acheminement du gaz est successivement et nécessairement alvéolaire, interlobulaire, péribronchique, puis médiastinale avant de devenir sous-cutanée. Mais l'air insufflé peut très bien ne pas parcourir tout ce cycle et s'arrêter en chemin. C'est pourquoi, le type anatomoclinique de l'emphysème peut revêtir l'une des variétés suivantes :

— Emphysème alvéolaire ;
— Emphysème interlobulaire ;
— Emphysème médiastinal ;
— Emphysème sous-cutané total complexe périphérique.

A. — *L'emphysème alvéolaire* n'a pas d'entité clinique. Il est à l'origine ou la conséquence de la rupture alvéolaire.

B. — *L'emphysème interlobulaire* a déjà plus d'autonomie. Il se manifeste, dit-on, par une sensation de déchirure, par une impression de distension intrathoracique, une douleur.

A l'auscultation, Laënnec lui attribuait les symptômes suivants : râles crépitants à grosses bulles et frottements à tonalité ascendante et descendante.

Tout ceci, avouons-le, est bien vague et bien peu typique.

C. — *L'emphysème médiastinal* est autrement important à connaître et à dépister (thèse 1919, Gatellier ; 1933, Veunac).

Il peut marquer le début d'une forme qui se généralisera ;

Il peut être l'unique manifestation intense d'une fusée d'air dans le tissu conjonctif lâche ;

Il peut avoir une allure brutale et dramatique ;

Il peut être progressif ;

Il est toujours grave.

Dans sa forme typique, le sujet qui en est atteint, se présente de la façon suivante : Un ensemble de signes fonctionnels attire brutalement l'attention sur la cage thoracique. Sujet assis en agitation inquiète au début, rapidement dyspnée inspiratoire considérable, accès de suffocation, menace d'asphyxie, cyanose paroxystique et surtout dilatation des veines du cou, petitesse du pouls. C'est un syndrome de compression médiastinale *où domine la gêne de la circulation de retour*. Il y a visiblement « soif d'oxygène ».

Les signes objectifs sont à rechercher, mais n'aident pas toujours à établir précocement le diagnostic. Classiquement à l'inspection, le thorax sera globuleux et les espaces intercostaux seraient effacés (Muller), à la palpation le choc de la pointe du cœur serait moins net que de coutume, à la percussion la matité cardiaque serait remplacée par une aire de sonorité et à l'auscultation, au milieu d'un ensemble de râles fins, l'oreille pourrait percevoir une crépitation synchrone à la systole cardiaque (Muller) ou un bruit de moulin (Hupe). Or *tous ces signes existent rarement*.

Pour découvrir la vraie raison de ce tableau clinique, il n'y a pratiquement que deux preuves :

— Ou trouver au lit du malade, en enfonçant le doigt dans la fourchette sus-sternale, une sensation de coussinet élastique (Gatellier) ou, ce qui est mieux mais plus tardif, un emphysème sus-sternal (Lejars) que le doigt cueille et qui marque la marche ascendante de l'air distendant le médiastin comme un ballon (Sauerbruck) vers sa soupape naturelle de sûreté, « dernière planche de salut de l'organisme » (Bauer).

— Ou voir à l'écran fluorescent l'hyperclarté médiasternale révélatrice.

Or l'emphysème sus-sternal n'apparaît généralement que vingt-quatre heures après le début des symptômes fonctionnels (Ritschell) et c'est souvent trop tard.

Ou le second procédé n'est pas applicable, soit faute de matériel, soit par impossibilité de déplacement du malade.

Lorsque la marche de l'accident est rapide, l'asphyxie devient permanente, surtout à la face et au cou, les yeux deviennent hagards, les extrémités se refroidissent et la tension artérielle s'effondre, des râles nombreux congestifs apparaissent dans les poumons, l'intelligence sombre en quelques heures, et la mort survient par arrêt du cœur qui précède l'arrêt respiratoire, comme l'a justement précisé Sauerbruck. La mort est due essentiellement à la stase veineuse consécutive à l'aplatissement des veines jugulaires, caves supérieures et pulmonaires par hyperpression de l'air plus qu'à une irritation du pneumogastrique ou du phrénique.

Le cœur droit a été mis hors circulation par compression gazeuse. La rigidité des conduits aériens les protège contre l'écrasement.

Telle est la forme aiguë de l'emphysème médiastinal. Il en existe naturellement d'autres, suraiguës, subaiguës, latentes ou lentes.

D. — *Dans la forme périphérique totale complexe*, consécutive à la forme précédente, un emphysème sous-cutané s'ajoute au précédent.

C'est le pronostic de l'emphysème médiastinal qui règle le pronostic de l'emphysème périphérique. Le pronostic de l'emphysème médiastinal est considéré généralement comme moins grave quand la soupape de sûreté fonctionne et que, d'interne, l'emphysème devient périphérique.

Par contre dans la forme périphérique simple, combien rare, le tableau clinique est différent.

Là où siège la symphyse pleurale et la fistule aérienne apparaît la tuméfaction gazeuse avec crépitation neigeuse.

Le siège de l'extériorisation n'est donc pas le même que dans le cas précédent. En outre, au moment de son apparition il ne se produit pas d'accélération de dyspnée, pas de signes cardiaques, pas de troubles circulatoires.

Telles sont les données classiques concernant la symptomatologie générale de l'emphysème sous-cutané.

***

Etude radiologique

Son appoint n'est nullement négligeable, mais il ne faut pas exagérer la portée. La clinique est souvent suffisamment franche pour que l'on puisse souvent s'en passer. En plus, lorsque l'on en a besoin, les renseignements qu'elle peut procurer, manquent malheureusement de régularité.

Ces données générales étant connues, voyons comment elle peut être utile au médecin.

La simple radioscopie du thorax peut déceler un emphysème lorsque celui-ci est à son début et fuse dans le médiastin. Le médiastin alors apparaît derrière l'écran fluorescent hyperclair, parfois déplacé. Cette hyperclarté, en raison de sa topographie, porte le nom de « bande claire intercardioaortique ». Cette bande intercardioaortique n'est pas constante. Compte seul un examen positif. La forme médiastinale compressive de l'emphysème peut donc tirer un bénéfice de l'exploration radiologique.

La radiologie du corps est en outre intéressante dans les formes diffuses et plus généralisées. Elle révèle un « aspect grisaillé de pommelures » au niveau des parties molles infiltrées par les bulles d'air. Les masses musculaires apparaissent alors dessinées sur un fond clair ; leurs insertions sont visibles.

L'étude systématique des radiographies a montré en outre que l'air pouvait envahir en quelques heures tout le corps mais que son apparition précédait au moins de vingt-quatre heures celle de la crépitation neigeuse. Ainsi la radiographie permet-elle de poser dans certains cas un diagnostic précoce par la localisation qu'elle décèle.

***

Evolution et pronostic

L'emphysème sous-cutané est diversement toléré, son évolution varie suivant chaque malade.

Elle dépend avant tout, comme l'a écrit, dès 1912, Rivet :

— De la gravité et de la nature de la maladie causale ;

— De la grandeur et du débit de la brèche ;

— De l'importance de la compression médiastinale ;

— Et surtout de la résistance du sujet.

Il est évident que l'âge intervient aussi dans cette appréciation. L'évolution est, en effet, d'autant plus sérieuse que le sujet atteint est plus âgé ou plus jeune.

Le pronostic est donc propre à chaque individu.

Dans la forme périphérique il est bon. Dans la forme complexe il est essentiellement médiastinal. Toujours réservé, il se montre d'autant plus grave que la thérapeutique est mise plus tardivement en jeu. Il est, en effet, à cette thérapeutique un stade d'application tardive irréversible où elle demeure — quoi qu'on fasse — sans effet. Le diagnostic de l'emphysème sous-cutané est donc un diagnostic d'urgence.

Dans l'ensemble, l'emphysème sous-cutané entraîne encore aujourd'hui la mort à peu près dans 40 % des cas — ce qui révèle une amélioration sur la statistique ancienne de Roger qui en estimait l'importance à 82 % chez l'enfant. Le décès survient dans les cas malheureux au bout d'un laps de temps variable après le début des signes fonctionnels. La mort peut être presque foudroyante. Elle se produit habituellement vers la quarante-huitième heure. Parfois elle ne survient qu'une semaine après.

L'emphysème sous-cutané demeure donc de nos jours un accident grave et sévère.

***

Diagnostic

Le diagnostic de l'emphysème sous-cutané au stade d'extériorisation, de tumeur gazeuse sous-cutanée, ne présente aucune difficulté. Il repose en effet sur un ensemble de signes nets qu'on ne retrouve dans aucune autre affection : tuméfaction sous-cutanée, crépitation neigeuse, dyspnée brutale et troubles de compression médiastinale ; tous ces symptômes apparaissant au cours d'une maladie de l'appareil respiratoire ou d'un état équivalent.

Il n'est pas permis de confondre avec l'œdème de l'anasarque, avec la gangrène gazeuse et les phlegmons gazeux.

La différenciation de certaines formes anatomocliniques demeure par contre plus délicate.

La forme médiastinale, en particulier à son début, non extériorisée, est impossible à reconnaître ; toutes les erreurs d'interprétation sont possibles. Même dans son allure typique, alors qu'elle s'accompagne du tableau dramatique des symptômes dus à l'air qui écrase tout, le diagnostic reste pénible. La radiographie est d'un heureux secours. Et pourtant il importe de la reconnaître vite si l'on veut agir efficacement. De même la différentiation entre la forme simple périphérique et la forme complexe périphérique reste souvent malaisée, et il faut un concours de circonstances heureuses pour les reconnaître.

***

Anatomie pathologique

Chez un emphysémateux sous-cutané, l'autopsie a essentiellement pour but de découvrir l'endroit où siège la fuite d'air. L'étude de la topographie des gaz intraorganiques passe au deuxième plan.

Deux procédés peuvent être utilisés pour cette recherche :

— L'examen à vue de la cage thoracique ouverte ;

— L'insufflation des poumons éviscérés en masse sous l'eau.

Aucun de ces procédés n'est parfait. Pratiquement ils permettent rarement de trouver la lésion d'origine.

On le comprend sans peine.

La lésion siège en effet soit hors du poumon, soit au niveau du poumon.

Extrapulmonaire — laryngée ou trachéale — la lésion s'observe sans peine. Intrapulmonaire, le problème est tout autre. La lésion se trouve ou au niveau de la corticalité, ou dans la profondeur du tissu pulmonaire.

A. — *Corticale*, la lésion a ou n'a pas provoqué de déchirure de la plèvre.

1° *S'il y a eu déchirure de la plèvre*, celle-ci s'est produite ou en zone libre ou en zone symphysée :

En zone libre, il y a d'abord pneumothorax, facile à constater ;

En zone symphysée, la symptomatologie dépend de l'endroit où se trouve la déchirure.

— Sur la face thoracique, l'air file *ou directement vers la peau du thorax* par l'espace celluleux sous-pleural pariétal, *ou vers le médiastin* en glissant par le fascia endothoracique entre la cage thoracique et la plèvre pariétale.

— Sur la face médiastinale, l'air va sans obstacle dans le médiastin.

Dans les deux éventualités, l'examen à vue suffit souvent pour faire le diagnostic.

2° *S'il n'y a pas eu déchirure de la plèvre*, l'air doit décoller de proche en proche le tissu sous-pleural viscéral et contourner le poumon avant d'arriver au hile, et de là au médiastin.

C'est l'insufflation sous l'eau qui permet parfois de reconnaître le siège de la lésion — le diagnostic positif est moins sûr déjà.

B. — *Profonde*, l'adultération ne peut donner issue à l'air que par la voie interlobulaire. Il y a toute chance que la lésion échappe aux investigations ; et il n'est pas besoin d'expliquer la carence de ces investigations, comme certains l'ont fait, par l'oblitération de la rupture par un dépôt de fibrine ou par la rétraction *post mortem* du tissu pulmonaire.

Ainsi donc, faute de procédés techniques suffisamment précis, la lésion originelle est rarement découverte. Elle n'en existe pas moins. Lorsqu'on la découvre, on la rencontre surtout au niveau de l'apex, des bords antérieurs, dans les régions parahilaires, c'est-à-dire dans des zones qui respirent mal.

Elle apparaît dans la plupart des cas de petit volume. Sa guérison est donc possible, sinon obligatoire. Son observation histologique montre qu'elle est due :

— Soit à une fissure dans une zone de nécrose infectieuse ;

Hypnotique de choix
pour l'insomnie nerveuse

DIAL
NOM DÉPOSÉ
DIALLYMALONYLURÉE

COMPRIMÉS
1 à 2 par jour

CIBA

DIDIAL
NOM DÉPOSÉ
DIAL ET ÉTHYLMORPHINE

Hypnotique analgésique
spécifique
de l'insomnie douleur

COMPRIMÉS
1 à 3 par jour

N'appartient pas au tableau B
Remplace la morphine

1-417

LABORATOIRES CIBA O. ROLLAND
103 à 117, Boulevard de la Part-dieu — LYON



FICHE
DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Sulfate de Spartéine : $C_{15}H_{26}N_2 \cdot SO_4H_2 + 5H_2O$, *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine :** *a)* soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;
c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur :** arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.
2° **Cardio-tonique :** maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ,** titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925). I.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. Médecine.* Toulouse (1927)

DERUFFE

VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

— Soit à une rupture dans un territoire d'emphysème avec alvéoles distendues et tissu élastique amoindri.

Le pronostic local est moins sombre dans ce cas que dans le premier.

Le processus d'ischémie locale joue donc toujours un grand rôle.

Mais bien souvent, nous l'avons vu, la lésion n'est pas dépistée.

En tout état de cause, rien, absolument rien, ne permet parfois de comprendre pourquoi, comment l'air a pu fuir hors du poumon.

Ce sont ces cas qui ont autorisé certains à admettre qu'il n'y avait pas toujours fissure véritable mais porosité anormale de la paroi alvéolaire.

***

Etude expérimentale

L'expérimentation en matière d'emphysème sous-cutané a poursuivi deux buts :

A. — Savoir d'où venait et comment diffusait le gaz ;

B. — Rechercher comment il se résorbait.

En ce qui concerne le premier point, les recherches cadavériques humaines, faites par Gatellier, et ses études anatomiques sur la disposition des aponévroses cervicales publiées en 1918, les expériences contradictoires d'Achard et Binet sur les chiens, en 1918, confirmées en 1929 par Ballon et Francis, ont montré que l'air atmosphérique logé dans le tissu cellulaire avait presque toujours, sinon toujours, une origine médiastinale. L'air vient d'une brèche pulmonaire et monte dans le médiastin le long des bronches lorsque la plèvre pariétale est intacte. Il y arrive directement par une fistule pleuro-médiastinale lorsque la plèvre pariétale est déchirée. L'origine cervicale, abdominale, voire péritonéale de l'air intra médiastinal est possible expérimentalement. Chez l'homme c'est toutefois un fait rarissime. Pratiquement la formule de Gatellier : « Le début est toujours médiastinal » se révèle donc profondément exacte et juste. Une fois dans le médiastin, l'air tendra à fuser vers le cou, mais il lui faudra forcer avant qu'il n'y parvienne par hyperpression l'aponévrose cervicale moyenne dont la disposition anatomique bien étudiée par Gatellier forme soupape de sûreté, et ne fonctionne que de dedans en dehors. De là une diffusion facile.

Par ailleurs, depuis longtemps, les injections sous-cutanées d'oxygène faites chez l'homme dans un but thérapeutique, les injections accidentelles tissulaires d'air au cours de pneumothorax ou de pneumorein ont révélé que *l'air atmosphérique était parfaitement toléré par l'organisme.* L'extension se fait suivant les plans anatomiques, conditionnée par la perméabilité et la continuité des plans aponévrotiques. La rapidité de diffusion dépend et du volume du gaz, et de sa nature, et de la plus ou moins grande densité du feutrage cellulaire.

L'absence de symptômes dans l'emphysème sous-cutané périphérique simple se comprend donc aisément. Par contre, la présence de symptômes dans l'emphysème sous-cutané périphérique complexe s'explique par les troubles apportés mécaniquement par l'air sous tension dans la cage inextensible représentée par le médiastin. Les recherches princeps de Gatellier (1918), les expériences de John et Nissen, chez le lapin (1927), celles de Ballon et Francis (1929), ont prouvé qu'il y avait proportionnalité entre la gravité du tableau clinique et la pression de l'air emmagasiné dans le médiastin. Le gaz sous tension dans un médiastin écrase d'abord l'origine des veines pulmonaires, puis il apporte un obstacle important à la réplétion normale du segment intramédiastinal des veines caves et de l'oreillette droite. Les troubles sont plus marqués si le gaz est injecté dans le médiastin inférieur plutôt que dans le médiastin supérieur. Ainsi, au début de l'expérience l'animal présente de la dyspnée, puis de la stase pulmonaire sanguine et finalement une asphyxie progressive par troubles de circulation dans le cœur droit. Ce dernier est exclus, le sang n'arrive plus au cœur gauche, la pression carotidienne tombe par insuffisance de réplétion ; il y a anorexie et acapnie dans le sang, par chute du débit cardiaque, ralentissement de la circulation sanguine et réduction de la capacité pulmonaire vitale. Il y a dette d'oxygène dans l'organisme. La mort n'est pas due à des troubles nerveux d'irritation. Elle ne survient pas à la suite d'un écrasement des canaux aériens rigides. Le décès est dû uniquement à une gêne de la circulation de retour, « à un mal d'oxygène ». Tel est le fait capital. Il se produit dans ces expériences un phénomène analogue à ce que l'on nomme le herstamponnade.

Enfin les travaux de Porcher et de Mme Baude, en 1936, de Consiglio, en 1940, ont signalé que la crépitation gazeuse pouvait se remarquer après un décalage de temps pouvant atteindre vingt-quatre heures.

Le retard à l'apparition d'un signe aussi pathognomonique est difficile expérimentalement à comprendre. Les auteurs, jusqu'ici, ont d'ailleurs mal expliqué comment se produisait une crépitation.

Dans la thèse de notre élève Devos nous avons tenté de le faire.

L'on sait donc aujourd'hui d'où vient et comment diffuse le gaz qui envahit le tissu cellulaire sous-cutané. Conformément au sens étymologique du terme emphysème : EV — en — φυσαω — j'insuffle — il s'agit uniquement d'air atmosphérique. C'est un point capital dans l'étude de cette question.

En ce qui concerne le problème de la résorption de cet air, il nous faut principalement citer les travaux de Porcher et Mme Baude, de Consiglio.

Ces auteurs ont montré par des expériences fort démonstratives que la résorption était un acte précoce, lent, et continu s'opérait par l'intermédiaire du sang des capillaires, surtout par un mécanisme d'endosmose.

Comme il l'a été prouvé antérieurement, cette résorption obéit en plus aux lois physico-chimiques de la diffusion et de la dilution des gaz. Les tissus avides d'oxygène commencent par dépouiller l'air atmosphérique de son oxygène et la résorption se poursuit ultérieurement par le gaz carbonique et l'azote (Ozanam). L'élimination finale de ces gaz au dehors se fait, grâce au vecteur sanguin, par les poumons. Porcher et Mme Baude admettent toutefois qu'une partie dissoute dans le sang pourrait gagner l'intestin et de là s'évacuer. M. C. Iver, M. A. Redfirld, A. C. et Benedict E. B. ont particulièrement insisté à ce sujet sur les échanges qui pouvaient s'opérer entre les gaz du sang et les gaz de l'estomac et de l'intestin. Ces données expérimentales — des plus intéressantes — nous le verrons, ont reçu déjà des applications thérapeutiques.

Les faits d'observation obligent de plus à admettre qu'il peut y avoir guérison, mais dans ce cas, la guérison histologique précède toujours de quelques jours la guérison clinique. Or, anatomiquement, la guérison de la solution de continuité ne peut se produire que si la fissuration est petite et ne débite que peu d'air à la fois. Cette notion expérimentale est en accord avec les constatations anatomo-pathologiques, mais n'exclut nullement l'hypothèse d'une perturbation physiopathologique du revêtement alvéolaire que nous avons vue à la base de certaine pathogénie.

***

Thérapeutique

Le problème thérapeutique est simple.

La thérapeutique doit tenir compte des données suivantes :

— L'air qui se trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané est de l'air atmosphérique.

— Cet air atmosphérique vient du poumon, presque toujours, sinon toujours par le canal du médiastin aux dépens d'une brèche pulmonaire susceptible de réparation spontanée mais inaccessible directement par la chirurgie.

— L'air atmosphérique est inoffensif pour l'organisme lorsqu'il est à l'état de détente dans le tissu périphérique.

— Le même air est essentiellement dangereux, lorsqu'il se trouve enfermé à l'étroit, à l'état de tension, sans porte de sortie, dans la cage inextensible représentée par le médiastin.

— L'air atmosphérique se résorbe de lui-même d'abord aux dépens de son oxygène, ensuite de son gaz carbonique et de son azote (Ozanam, Roux).

L'action thérapeutique aura donc pour but :

A. — D'essayer à tout prix de gagner du temps pour laisser à la brèche pulmonaire la possibilité de se réparer ;

B. — D'éviter très tôt le danger médiastinal, en favorisant l'issue au dehors du gaz intramédiastinal et sa décompression ;

C. — D'accélérer le temps de résorption.

En présence donc d'un sujet soupçonné atteint d'un emphysème, la ligne de conduite à adopter est la suivante :

1° Surveillance attentive, de tous les instants, du malade. Mise en position demi-assise. Sédatifs nerveux. Tonicardiaques. Analeptiques respiratoires.

Mise en jeu de tous les moyens pour obtenir précocement un diagnostic toujours très délicat à fixer tant que l'emphysème reste intra médiastinal et ne force pas la soupape de sûreté des aponévroses cervicales pour s'extérioriser.

2° Sitôt le diagnostic posé, avant même la menace franche d'asphyxie, avant la généralisation, si elle n'a pas eu lieu, intervenir.

— Inutile de s'attarder à user de ponctions et de débridements cutanés qui ne répondent pas au vrai but que l'on poursuit, le drainage étant alors totalement insuffisant et sans fondement.

— Faire et chercher un drainage total du médiastin.

Plusieurs procédés ont été proposés :

La thoracotomie sous hypopression en chambre pneumatique, par Sauerbruck (1908), opération choquante, difficile à réaliser en raison des difficultés matérielles — abandonnée aujourd'hui.

L'incision sus-sternale de Lejars, avec dilacération du tissu cellulaire de la face postérieure du manubrium, complétée ou non par une aspiration effectuée au niveau du creux sus-sternal à l'aide d'une ventouse de Bier (Tiegel), d'un entonnoir de verre monté sur un appareil de Potain (Lenormant), d'une aiguille reliée à un appareil de pneumothorax (Ballon et Francis) ; opération incomplète car drainant seulement le médiastin antérieur — succès aléatoires et irréguliers.

La section médiane du manubrium sternal avec taille de deux volets osseux selon la voie cléidocostale de Le Fort, modifiée par Gatellier, opération rationnelle, logique, mais lente, choquante, mutilante, dont on n'use plus aujourd'hui.

L'opération de Gatellier, seule à adopter car réalisant à peu de frais le drainage total sterno-vertébral dans le sens antéropostérieur, prélatéro et rétroviscéral. Cette opération est la conséquence directe des travaux remarquables faits par l'auteur pendant la guerre 1914-1918 à ce sujet.

Les divers temps de cette opération anatomique de technique parfaite sont les suivants :

— Incision cutanée transversale, légèrement curviligne, à concavité supérieure de six à sept centimètres, à un demi-travers de doigt au-dessus du manubrium.

— Incision parallèle de l'aponévrose cervicale superficielle, et section du bord antérieur du chef sternomastoïdien.

— Ouverture de l'espace sus-sternal. Ligature de l'anastomose transversale des veines jugulaires antérieures.

— Incision transversale de l'aponévrose moyenne. Séparation à la sonde cannelée des muscles sous-hyoïdiens droit et gauche.

Débridement par le doigt du chirurgien qui se porte d'abord sur la face antérieure de la trachée, en contourne les bords et chemine d'avant en arrière jusqu'au contact du rachis pour pratiquer l'ouverture de la gaine viscérale, et rompre les attaches transversales des deux gaines vasculaires. Au contact du rachis, le doigt se recourbe ensuite de dehors en dedans pour effondrer de chaque côté la cloison sagitale et pénétrer dans l'espace rétroviscéral. Enfin revenant vers l'orifice supérieure du thorax, le doigt contournera le bord supérieur du manubrium et le tronc veineux brachiocéphalique, gagnera le sommet supérieur du péricarde et dilacérera les multiples expansions fibreuses connues sous les noms de ligament vertébropéricardique, ligament suspenseur du péricarde, lame cervico-péricardique.

Placer alors un gros drain sur l'incision cutanée. Mettre devant la place maintenue ainsi béante une gaze imbibée d'huile goménolée.

Généralement quatre jours après, la cessation des accidents permet l'enlèvement du drain.

3° Si l'on peut, si l'on a les moyens matériels d'exécution (tente, cabriolet, masque, distributeur) à la période d'observation, voire après l'intervention, faire de l'oxygénothérapie continue.

L'oxygénothérapie aura deux résultats :

A. — Lutte favorable contre l'asphyxie, contre la cyanose secondaire à la compression intramédiastinale des troncs veineux, contre l'anoxie et l'acapnie (Anthonie et Perschmann).

Par l'oxygénothérapie au taux optimum de base de 60 % suivant les conseils du professeur Binet et de Mlle Brochet, l'hyperglobulie s'abaissera, l'hémoglobine réduite sera diminuée, l'oxycarbonémie endogène chutera, l'oxygène dissoute du plasma augmentera, le rythme cardiaque et respiratoire se régularisera. Il se produira un repos respiratoire salutaire, surtout si l'on fait agir en action complémentaire les éphédrines.

B. — Augmentation de la résorption des gaz logés dans le tissu conjonctif lâche. Les travaux expérimentaux de Fine, J. Frehlings et Starra, ont montré à cet effet que l'oxygène inhalé à 95 % déplaçait l'azote des tissus et du sang, et qu'en conséquence cet azote, ce gaz carbonique, obéissant aux lois de diffusion et de dissolution des gaz étaient consécutivement rapidement exhalés. L'usage prolongé de l'oxygène à 95 % pouvant ne pas être sans inconvénient pour l'homme, il sera fait usage d'un dosage à 60 %.

Les autres méthodes de traitement, basées sur des principes très différents que l'on trouve signalés dans la littérature médicale, pour l'emphysème chirurgical :

— Affaissement et immobilisation du poumon par une pleurotomie (Chavannaz) ;

— Suture des muscles intercostaux et de la plèvre pariétale d'une part, du grand pectoral et de son aponévrose (Jullien-Hirsberg, Triboulet),

Ne trouvent pas leur emploi dans le cadre de cette étude réservée à l'emphysème médical.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 11 février 1942. — Jury : MM. Mondor, Cathala, Lelong, Sicard. — Mlle Koziebrodzka. Contribution à l'étude de la veine iléo-cæcale dans la pyohémie du mésentère.

Mercredi 18 février 1942. — Jury : MM. Harvier, Clovis Vincent, Cathala, Justin Besançon, Guillain. — M. Dupin-Girod. Contribution à l'étude d'une thérapeutique analgésique et tonique : l'acétylsalicylate de norophedrane. — M. Droguet. Les cranopharyngiomes. Etude clinique et anatomique. — M. Marot. Considérations sur le traitement de la diphtérie et des infections rhino-pharyngées chez les porteurs de bacilles de Lœffler. — Mlle Létang. Le brachyœsophage avec ectopie gastrique partielle chez le nourrisson.

Jeudi 19 février 1942. — Jury : MM. Tanon, Gougerot, Laignel-Lavastine, Mollaret. — M. Benoit. La fièvre typhoïde dans le Finistère. — M. Couleru. La régulation des fonctions corticales. Les troubles psychiques consécutifs aux lésions sous-corticales.

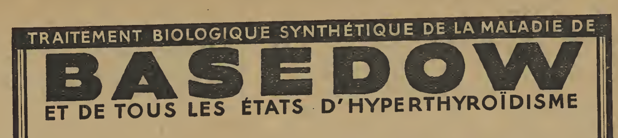
THESES VETERINAIRES

Jeudi 12 février 1942. — 1° Jury : MM. Binet, Marcenac, Maignon. — M. Collas. Essais d'anesthésie générale du chien par le chloral citraté.

2° Jury : MM. Brumpt, Drieux, Henry. — M. Pichon. La trichinose en inspection des viandes.

3° Jury : MM. Tanon, Lesbouyries, Henry. — M. Baradeau. Les égagrophiles chez les animaux domestiques.

Mercredi 18 février 1942. — Jury : MM. Aubertin, Henry, Lesbouyries, Vergé, Marcenac. — M. Lainé. Contribution au traitement de la leishmaniose canine par composés stibiés. — M. Quetarin. Essai de traitement du tétanos expérimental du chien sans la sérothérapie spécifique, sous anesthésie de l'etho buthyl ethyl malonylurée.



DIIODOTYROSINE
"ROCHE"
I ORGANIQUE
D'ACTIVITÉ SUPÉRIEURE A CELLE DU LUGOL
RÉTABLIT LE MÉTABOLISME BASAL
TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE
COMPRIMÉS A 0,10
TUBE DE 20 1 A 3 PAR JOUR

DIBROMOTYROSINE
"ROCHE"
Br ORGANIQUE
COMPLÉMENT ESSENTIEL DU TRAITEMENT IODÉ
TOUS LES SYMPTOMES NERVEUX DU BASEDOW
TOUTES LES INDICATIONS DES BROMURES
COMPRIMÉS A 0,10
TUBE DE 20 1 A 3 PAR JOUR



Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, rue Crillon. Paris (4e)

Les vaccins des Laboratoires du Dr P. ASTIER
42, rue du Docteur-Blanche, PARIS

COLITIQUE
Anticolibacillaire

STALYSINE
Antistaphylococcique

PHILENTÉROL
Colibacilles — Entérocoques
Staphylocoques
Vaccin pré et post-opératoire

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

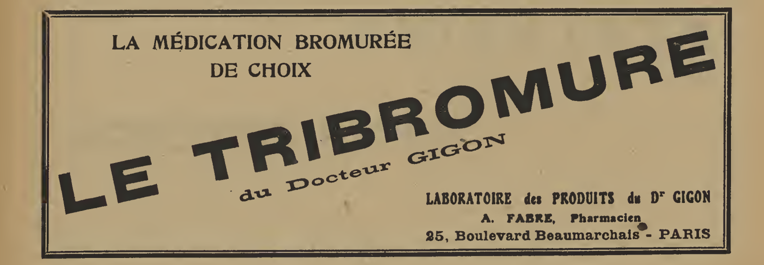
L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,
4, Place des Vosges, PARIS

AMIDAL
GÉNATROPINE

Zone Libre : Laboratoire des Produits Amido, **Riom** (Puy-de-Dôme)



ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT PHYSIOPATHOLOGIQUE DE L'EMPOISONNEMENT FONGIQUE

Par R. Levent

La méthode organothérapique de Limousin que nous avons naguère exposée à cette place (1) n'a pas perdu de son efficacité dans les intoxications fongiques. La répugnance que pouvait montrer le malade pour cette cuisine de sorcière campagnarde n'était que de peu d'importance. La misère des temps a mis en évidence un autre inconvénient, peut-être temporaire, mais plus sérieux : l'acquisition en une fois de sept lapins, à qui l'on soustraira cervelles et estomacs, nécessite une liaison directe et intime avec le marché noir qui peut solliciter les foudres administratives. Par contre, les champignons dangereux ne sont l'objet d'aucun rationnement.

D'autres méthodes, physiopathologiques celles-là, ont été instaurées plus récemment qui emploient des ingrédients d'acquisition plus aisée. Elles ont pour base l'analyse clinique et l'expérimentation et ont confirmé l'utilité au moins partielle de certaines pratiques empiriques.

C'est ainsi qu'il était de tradition de donner de l'eau miellée dans l'intoxication phalloïdienne et que Le Calvé (de Redon) avait observé le bon effet des boissons fortement salées contre les vomissements de l'empoisonnement phalloïdien, effet qu'il attribuait à une action à la fois antitoxique et antiurémique de Nacl.

Divers auteurs, en 1936 et 1938, Binet et Marek, Dujarric de la Rivière, Roux et Garnal reprirent l'étude des humeurs dans l'intoxication clinique chez l'homme, expérimentale chez l'animal. Dujarric de la Rivière, chez le chat et le lapin, intoxiqués par voie digestive ou intrapéritonéale, avait observé que dans l'empoisonnement mortel il y avait toujours hyperchlorémie, chlore globulaire et chlore plasmatique augmentant parallèlement.

Binet et Marek trouvèrent au contraire, chez l'homme, augmentation de l'azotémie mais **hypochlorémie** à peu près constante, portant à la fois sur Cl. globulaire et Cl. plasmatique. Ils se refusèrent donc à attribuer aux variations du chlore le rôle le plus important ; elles sont dues, pour eux, à la déshydratation produite chez l'homme par les vomissements et la diarrhée profuse qui caractérisent l'état cholériforme dans l'empoisonnement fongique, symptômes digestifs absents chez le lapin aussi bien que l'hypochlorémie.

L'hyperviscosité sanguine et la déchloruration ont de même, pour Aubertin et Patey, plus d'importance que les lésions rénales. En accord avec ces remarques, Roch a administré à ses malades, avec de bons résultats, trois et même quatre litres de sérum physiologique, moitié par voie intraveineuse, moitié par voie sous-cutanée. Le Calvé juge la voie digestive seule efficace mais il faut, en pratique, compter avec la persistance des vomissements.

D'autres auteurs ont obtenu de bons résultats par l'injection intraveineuse d'une solution chlorurée hypertonique (20 %) qu'on peut aussi donner *per os*. Il n'y a pas là de réhydratation directe puisque la quantité injectée ne dépasse pas 20 cm³, mais reconstitution de la réserve chlorée et appel à l'action antitoxique de Nacl. La réhydratation concomitante aurait pourtant l'avantage d'abaisser la concentration sanguine, facteur de désintégration tissulaire avec urémie et polypeptidémie consécutives faute d'évacuer les substances anormales.

Binet et Marek, au cours de leurs études humorales, ont relevé d'autres modifications : azotémie terminale, augmentation de l'acide lactique sanguin, mais surtout **chute considérable de la glycémie**. Chez le chien ils ont trouvé au moment de la mort des glycémies de 0,48, 0,28 et même de 0,16 pour 1.000 ; chiffres analogues chez le lapin, chez qui on observe la disparition du glycogène hépatique. L'abaissement porte à la fois sur le sucre libre et sur le sucre protidique. Au contraire, les champignons non toxiques ne produisent aucune hypoglycémie.

Aussi Binet et Marek attribuent-ils à l'hypoglycémie une importance majeure ; pour eux et pour d'autres auteurs, les convulsions terminales de l'empoisonnement sont uniquement des convulsions hypoglycémiques, l'hypoglycémie relevant elle-même des lésions du foie.

Dès 1920 et 1921, divers auteurs, Trempel, Rehorn, Blank, Steinbrinck, avaient préconisé l'emploi du glucose ; la solution à 25 % avait donné à Blank 9 guérisons sur 11 cas, à Steinbrinck 6 guérisons sur 9 cas. L'expérimentation a donné à Binet et Marek des succès comparables : même avec un retard de 8 à 10 heures sur le début de l'intoxication, les résultats ont été bons (75 % de guérisons rapides), aussi bien chez le lapin que chez le chien. Parfois même, des expérimentateurs ont vu de quasi-résurrections.

L'injection de sérum glucosé peut donc être le remède héroïque; l'ingestion *per os* ne saurait lui être préférée, tout au moins au début, comme pouvant encore exagérer les vomissements douloureux. L'injection peut ramener définitivement à la normale le taux du sucre sanguin en 4 à 5 jours.

On peut employer une solution glucosée à 20 % (Steinbrinck) ou 25 % (Blank) en injection intraveineuse à raison de 500 cm³ par jour. On peut aussi employer la même quantité, lentement injectée, de liquide de Ringer à 37° où l'on ajoutera 20 à 25 % de glucose. Dans les formes graves, Roch a employé avec succès le sérum glucosé hypertonique, à concurrence d'un litre par jour en plusieurs fois ; cette médication aurait été, pour lui, héroïque.

L'important dans la pratique est de faire un diagnostic exact du syndrome présenté par le malade. Dans le syndrome lividien et le syndrome muscarinien les traitements classiques, principalement symptomatiques, suffisent ; de même dans le syndrome résinoïdien. Dans le syndrome helvellien ce sont la réhydratation et la rechloruration qui doivent prendre le pas. Dans le syndrome phalloïdien, au contraire, c'est à rétablir la glycémie normale qu'on doit, avant tout, viser ; si tard qu'il soit en apparence, il semble qu'on ne doive pas, de prime abord, perdre tout espoir de succès. Le reste du traitement n'est qu'élément de second plan, qu'on ne doit pourtant pas négliger en aussi grave occurrence.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 14 juin 1933.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 26 janvier 1942

Sur les lois de rotation de l'œil. — M. Jean Rosch.

Spécificité, composition en acides aminés et poids moléculaire des myoglobines (hémoglobines musculaires). — MM. Jean Roche et Yves Derrien.

Mécanisme des réactions antigène-anticorps et structure moléculaire des protéides. — MM. Dikran Dervichian et Pierre Grahar.

Les caractéristiques anatomiques du foie des mammifères hibernants. — Mlle Madeleine Friant.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 17 février 1942

M. le Président annonce le décès de M. Marfan.

Rapports. — M. Fabre lit un rapport sur une demande en autorisation d'eau minérale.

L'Ordre des Médecins et la fiscalité. — M. Balthazard.

Sur une nouvelle cause d'hydrargyrisme professionnel. — MM. R. Fabre et Ch. Lormand. — Pour provoquer l'ondulation dite permanente des cheveux, on chauffe d'ordinaire ceux-ci, après humidification et enroulement autour de bobines appropriées, grâce à un dispositif de chauffage électrique. Mais un procédé assez utilisé actuellement consiste à obtenir l'élévation de la température par une réaction chimique : l'oxydation de l'aluminium par l'eau en présence de chlorure mercurique. Les bobines de cheveux sont recouvertes d'une lame d'aluminium en contact avec un papier filtre imprégné de chlorure mercurique et mouillé, l'ensemble étant enveloppé d'un papier Joseph. Le dégagement de chaleur est très notable et il est accompagné de volatilisation de chlorure mercurique et de mercure en quantité suffisante pour que l'on puisse redouter le développement de l'hydrargyrisme chez les ouvriers coiffeurs travaillant dans une atmosphère ainsi polluée.

Les maladies vénériennes aux armées (1939-1940). — MM. Liégeois, Aujaleu et Sohier (présentation par M. Rouvillois). — Il est de notoriété courante que la guerre provoque généralement aux armées un accroissement notable du nombre des maladies vénériennes. La guerre de 1914-1918 n'a pas échappé à cette règle.

Or, la note de MM. Liégeois, Aujaleu et Sohier montre que pendant la période du 1er octobre 1939 au 10 mai 1940, au lieu d'être en recrudescence, le nombre des maladies vénériennes dans l'armée française a subi une régression manifeste, mise en évidence par les chiffres éloquents qu'ils ont donnés.

La lutte antivénérienne dans l'armée, longuement préparée durant le temps de paix, en liaison étroite avec les organismes civils compétents, a donc porté ses fruits. Les heureux résultats rapportés par les auteurs sont dus, en grande partie, à la clairvoyance, au zèle et à la rigueur avec lesquels les médecins militaires d'active et de réserve, à tous les échelons, ont appliqué les mesures destinées à assurer une prophylaxie efficace.

Au milieu de nos misères présentes, il est consolant de penser que cette lutte a été couronnée de succès et que les ravages des maladies vénériennes ont été aussi limités que possible.

Nous devons donc savoir gré aux auteurs de nous avoir permis de faire cette agréable constatation et nous pouvons les féliciter du rôle bienfaisant qu'ils ont joué à l'échelon de la direction du service de santé au grand quartier général, pour circonscrire le fléau dans nos armées en campagne.

Sur un antagoniste de l'action dépresso-respiratoire de la morphine. — M. Raymond Hamet (présentation par M. E. Perrot). — Ce nouvel alcaloïde a été extrait d'un nénufar. Il excite si fortement le centre respiratoire qu'il en rétablit durablement le fonctionnement même après son arrêt par une dose toxique de morphine. On pourrait donc l'utiliser, semble-t-il, dans les syncopes respiratoires à la place de la lobéline cristallisée que les circonstances actuelles ont rendue presque introuvable.

Les formes graves de l'appendicite chez l'enfant : appendicites gangréneuses toxiques. — M. H. Billet présente une forme clinique, assez rare heureusement, de l'appendicite, qui se caractérise par son évolution assez insidieuse, qui contraste avec la gravité des lésions appendiculaires et la sévérité de l'évolution, même quand les malades sont opérés.

Les symptômes observés, l'action nettement efficace de la sérothérapie antigangréneuse permettent de penser que ces formes spéciales de l'appendicite relèvent d'un germe gangréneux extrêmement toxique, sur la nature duquel l'auteur compte poursuivre ses recherches.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 11 février 1942

A propos du traitement de la fracture du fémur par extension par broche et ostéosynthèse. — M. Sénèque rappelle qu'en 1939 il a déjà préconisé cette méthode.

M. Leriche est revenu à l'ostéosynthèse du fémur lorsqu'au bout de quelques jours l'extension à la broche ne s'avère pas suffisante. L'immobilisation post-opératoire est faite dans un plâtre pelvi pédieux, genou en flexion.

M. Merle d'Aubigné distingue fractures anciennes et fractures récentes ; dans les premières, la réduction sanglante sous extension peut suffire ; dans les secondes, il faut parfois recourir à la fixation.

Infarctus de l'utérus. — MM. Eltrich et Mutricy. — M. J. Gosset montre la difficulté de classer ces lésions avec exactitude : congestion et infarctus ont le même aspect extérieur ; cependant, la première lésion est reversible ; les lésions de l'infarctus sont définitives.

M. Mondor rappelle une observation de Patel dans laquelle seul l'examen histologique montra les lésions d'infarctus.

Hématocèle thyroïdienne. — M. Hoeffel. — M. Cadenat rapporte cette observation remarquable par les dimensions de la tumeur.

Arthrodèse de l'arrière-pied par astragalectomie temporaire dans le traitement des déformations du cou-de-pied chez l'adulte. — M. R. Massart. — Rapport de M. Cadenat.

M. Richard rappelle que l'originalité du procédé appartient à M. Ombrédanne.

M. Sorrel fait des réserves sur le résultat éloigné de cette astragalectomie temporaire pour traiter les pieds bots.

Un cas de griffe de la main consécutive à une compression violente des muscles longs fléchisseurs. — M. J. Boudreaux. — M. Petit-Dutaillis rapporte cette observation dans laquelle la griffe très douloureuse s'est constituée en quelques heures après l'accident. A l'intervention, aucun hématome intramusculaire et les muscles sont rigoureusement normaux ; les vaisseaux et nerfs sont intacts.

Deux œsophagectomies pour cancer. — MM. Santy et Ballivet rapportent deux observations d'œsophagectomie faite par voie thoracique et suivies depuis quatorze et seize mois. Les auteurs précisent leur technique qui utilise la voie transpleurale droite pour les tumeurs de l'œsophage thoracique supérieur, gauche pour les tumeurs bas situées. Au cours de l'intervention les auteurs, dans plusieurs cas, furent amenés à renoncer l'exérèse de l'œsophage devant l'étendue des adhérences (cinq fois sur sept cas).

M. Merle d'Aubigné a fait une œsophagectomie par tunellisation du défilé cervico-médiastinal ; mais sphacèle du bout supérieur et mort au 18e jour.

M. Soupault a fait, sans succès, deux tentatives d'œsophagectomie ; il a été frappé par la profondeur à laquelle on opère.

M. Santy insiste sur l'intérêt d'une anesthésie locale très poussée du médiastin pour se mettre à l'abri de réaction des pneumogastriques.

Sur la gastrectomie totale. — M. Banzet a eu l'occasion de faire sept fois cette opération ; il insiste sur quelques points de technique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 janvier 1942

Etude physiopathologique d'un cas de diabète insipide. — M. Raoul et Mme Simonne Kourilsky, MM. Laudat et Regaud ont étudié le comportement biologique d'un diabète insipide syphilitique. Ils constatèrent l'existence d'une hypochlorurie habituelle, due à la restriction salée suivie pour éviter la polyurie et la polydipsie. L'hyperlipidémie était constante, l'hyperglycémie permanente.

La concentration rénale montre que le rein concentrait le sel normalement. Les auteurs insistent sur la nécessité d'effectuer les recherches concernant le métabolisme chloruré, après avoir soumis le sujet à un régime alimentaire constant et comportant une quantité fixe de sel.

Spirochétose méningée pure. — MM. Brulé, Gilbrun, Génèvrier. — Il s'agit d'un cas intéressant : 1° le syndrome méningé étant resté isolé sans symptôme hépatique, rénal ou oculaire, l'évolution ayant été celle d'une méningite lymphocytaire curable; 2° l'affection étant survenue chez un ouvrier des abattoirs, en contact avec des rats, un panaris récent ayant pu faciliter le contage ; on sait que la plupart des cas méningés purs de la leptospirose ont été observés après des bains de rivière, d'air, diverses hypothèses erronées : race agricole des leptospires, infection par la conjonctive. Dans le cas actuel le diagnostic fut prouvé par la réaction d'agglutination de Martin et Pettit qui fut positive trois fois.

Etude d'un cas de maladie d'Addison. — M. Maurice Lœper présente un cas de maladie d'Addison au cours de laquelle une diphtérie et un choc sérique du 4e jour firent brusquement s'effondrer la tension artérielle qui ne remonta que grâce à la thérapeutique adrénalinée. Il met en évidence, à ce sujet, l'efficacité minimum de la cortine de synthèse dans ces brusques hypotension, et voit dans le rôle de l'adrénaline une présomption en faveur de l'histamine dans le déterminisme des accidents sériques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Patente. — Demandes de dégrèvement

Les dispositions de la loi du 22 octobre 1940 s'appliquent aux médecins pour la patente et les taxes annexes de l'année 1941. Il suffit pour obtenir un dégrèvement que le montant brut de leurs recettes ait diminué d'au moins un tiers (33,33 %) par rapport à celui de l'année 1938, ou, à défaut, de l'année 1939.

A cet effet, il faut adresser au directeur des contributions directes, 40, rue du Louvre, une demande de dégrèvement dans les trois premiers mois de 1942. Cette demande doit indiquer la diminution constatée et être accompagnée de la feuille d'imposition (patente et taxes annexes) de 1941, ainsi que d'une quittance du percepteur établissant que le réclamant s'est acquitté de la fraction des droits excédant celle dont il demande le dégrèvement.

A. Herpin.

LIVRES NOUVEAUX

Pharmaciens et spécialistes devant la loi, par P. Maureil-Deschamps, docteur en droit. Un volume de 184 pages.

Cet ouvrage, précédé d'une magistrale préface de M. Jean Rault, professeur à la Faculté de Droit de Lille, non seulement présente un commentaire précis et détaillé de la loi du 11 septembre 1941 sur l'exercice de la pharmacie, mais constitue un véritable traité de droit pharmaceutique. C'est le livre le plus complet publié depuis longtemps sur cette matière spéciale. L'auteur a mis au service des intéressés une expérience vieille de plus de trente années et a étudié toutes les questions intéressant la profession pharmaceutique, auxquelles il s'est attaché de fournir une solution pratique. L'ouvrage devient indispensable à tous ceux qui s'intéressent, de près ou de loin, à la pharmacie, en premier lieu aux juristes quels qu'ils soient, aux pharmaciens et fabricants de produits pharmaceutiques, droguistes, grossistes, puis aux vétérinaires, herboristes et même aux médecins.

Il est envoyé franco contre mandat de soixante francs, adressé au journal « Les Annonces de la Seine », à Paris, 15, rue de Verneuil. Chèque postal : Paris 2154-99, ou à l'auteur, à Paris, 6, rue d'Astorg.

Anesthésie pratique (*à l'usage des médecins, étudiants et infirmières, appelés à diriger ou à pratiquer une anesthésie chirurgicale*), par R. Dubau, professeur agrégé du Val-de-Grâce et F. Bolot, assistant de chirurgie des hôpitaux militaires. Préface du professeur E. Sorrel. Un volume de 124 pages avec 47 figures : 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.



ADMIS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Guérison de la BLENNORRAGIE en 3 jours
par voie buccale — Excellente tolérance.
AUTRES INDICATIONS : Pneumonie — Méningite cérébro-spinale — Fièvre Puerpérale — Streptococcies.

APPLICATIONS EXTERNES - Traitement des Plaies - Dermatoses - Pyodermites - Ulcères

POSOLOGIE

Comprimés: 6 à 8 comprimés par jour, un comprimé toutes les heures.
Ampoules : 1 à 3 ampoules intramusculaires par jour.
Poudre — Pommade — Solution Hydro-Alcoolique.

Littérature Éts MOUNEYRAT, 12, r. du Chemin-Vert, Villeneuve-la-Garenne (Seine)

UNE PRÉSENTATION
J. LE PERDRIEL
11, RUE MILTON
Paris

BIOSINE
RECONSTITUANT
TOLEM LE PERDRIEL
VOIES RESPIRATOIRES TOUX DE TOUTES NATURES
SELS EFFERVESCENTS DE LITHINE LE PERDRIEL
BENZOATE BROMHYDRATE CARBONATE CITRATE GLYCÉROPHOSPHATE SALICYLATE
GOUTTE GRAVELLE RHUMATISMES
COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
ANTISEPTIQUE CICATRISANT
FUCOGLYCINE DU D[r] GRESSY
SUCCÉDANÉ NATUREL D'HUILE DE FOIE DE MORUE



TRAITEMENT DE TOUTES LES

ANÉMIES

ANÉMIES PAR SPOLIATION SANGUINE
ANÉMIES CONSÉCUTIVES AUX MALADIES INFECTIEUSES
ANÉMIES DUES AUX PARASITOSES SANGUINES ET INTESTINALES

CARENCE MARTIALE - DÉFICIENCES ORGANIQUES

ADULTES . . . . 2 comprimés aux 3 repas
ENFANTS. . . . . . 2 comprimés aux 2 principaux repas

SOJAMINOL

LABORATOIRES DU NEUROTENSYL
72, BOULEVARD DAVOUT - PARIS (XXe)

IPECOPAN

PRINCIPES ACTIFS DE L'IPÉCACUANHA ET DE L'OPIUM, SOUS FORME DE SELS ALCALOÏDIQUES PURS, EN PROPORTION CONSTANTE

Sédatif efficace des toux de toutes natures — Expectorant

SANS INCONVÉNIENT CHEZ L'ENFANT ET LE VIEILLARD

DEUX PRÉSENTATIONS : GOUTTES ET SIROP

N'est pas au tableau B

PRODUITS SANDOZ - 20, rue Vernier, PARIS (17e) — B. JOYEUX, Docteur en pharmacie

Nécrologie

LE PROFESSEUR A.-B. MARFAN

Depuis son retour à Paris, où l'avaient rappelé, en 1940, ses préoccupations pour l'Œuvre Grancher dont il était le président, M. Marfan m'avait, à diverses reprises, fait part des craintes que lui inspirait la santé de Mme Marfan. Il redoutait pour elle le froid et les difficultés du ravitaillement. Parfois, il regrettait de ne pas être resté à Castelnaudary où sa belle propriété lui assurait tant de ressources. Ses craintes étaient trop fondées. L'hiver a été sévère pour les vieillards, Mme Marfan s'éteignait, il y a trois semaines ; M. Marfan, lui-même, succombait quelques jours après.

Antonin Marfan était né le 23 juin 1858 à Castelnaudary. Son père était un médecin très justement estimé et populaire. En 1870, il avait été élu conseiller général, puis il fut maire de Castelnaudary et député de l'Aude. M. Marfan, père, se signala par des travaux sur l'hygiène, entre autres un excellent rapport sur l'épidémie de choléra de 1892 paru la même année dans *La Gazette des Hôpitaux*.

Le futur professeur Marfan fit ses études secondaires au petit séminaire de Castelnaudary, puis à Toulouse, enfin à Paris, au collège Rollin, si mes souvenirs sont exacts. Il songeait alors à se présenter à l'Ecole Polytechnique. Il se décida pour la médecine. En 1881, il fut reçu à l'internat des hôpitaux de Paris, le quatrième d'une promotion où figuraient Duflocq, Beurnier, Thoinot, Henri Hartmann et Auguste Broca.

Au cours de son internat, il fut notamment l'élève de Bucquoy, le beau-père de Chauffard, puis d'Emile Vidal, le dermatologiste.

En 1887, il passe sa thèse sur les *troubles gastriques chez les tuberculeux*. Il devient, en 1890, chef de clinique de Peter à l'hôpital Necker.

Enfin, le 1er juin 1892, il est nommé médecin des hôpitaux en même temps que Bourcy et H. Roger. La même année il arrive à l'agrégation dans la section de médecine. La promotion comprenait Charrin, Gaucher, H. Roger, Marfan et Ménétrier. Ce concours où la valeur des élus était indiscutable, fut néanmoins discuté en raison d'un vice de forme imputable au jury. Marfan, dont la sensibilité était très grande, n'évoquait pas ce souvenir lointain sans une certaine amertume.

En 1896, Marfan était devenu chef de service à l'hospice des Ménages ; en 1901, il va, enfin, aux Enfants-Malades.

Nommé d'abord professeur de thérapeutique, sa réputation de pédiatre grandissant, il devient, en 1914, sur la proposition de M. le doyen Landouzy et de M. le Prof. Hutinel, le premier titulaire de la chaire d'hygiène et clinique de la première enfance, fondée à l'hôpital des Enfants-Malades. En 1921, enfin, il prend, à la retraite de M. Hutinel, la chaire de clinique des maladies de la première enfance aux Enfants-Assistés. Il devait y rester jusqu'à sa retraite, en 1928.

En 1914, M. Marfan avait été élu membre de l'Académie de Médecine. Il était Commandeur de la Légion d'honneur.

Au cours de son enseignement clinique, Marfan s'attachait avant tout à être clair. Son érudition, qui était très étendue, ne nuisait pas à cette clarté, car elle était ordonnée et il n'en faisait pas un vain étalage. On admirait aussi chez lui cette haute culture qui lui permit de prendre position avec autorité lorsqu'il s'agit de défendre les humanités.

Les publications de Marfan sont nombreuses et importantes. Rappelons seulement les principales : *La péritonite tuberculeuse chez les enfants* (1894) ; *les leçons sur la diphtérie* (1905) ; *ses Cliniques des maladies de la première enfance* ; *son Traité de l'allaitement*. Les travaux de Marfan sur *le rachitisme* resteront classiques. C'est sur le rachitisme qu'il écrivit, il y a quelques mois, son dernier volume.

L'œuvre de Marfan n'a pas été seulement scientifique ; elle a été hautement bienfaisante. On sait avec quel cœur, quelle ardeur vraiment juvénile il se consacra à la magnifique Œuvre Grancher où il avait succédé à la présidence à Emile Roux, qui, lui-même, avait remplacé Grancher. La préservation de l'enfance contre la tuberculose que s'efforce de réaliser si complètement l'Œuvre Grancher, avait été poursuivie par Marfan avec un dévouement total. Ce ne sera pas un des moindres titres de ce Maître à la gratitude de tous.

En 1941, enfin, M. Marfan, n'oubliant pas ses petits malades qu'il aimait tant, devenait président du Comité National de l'Enfance.

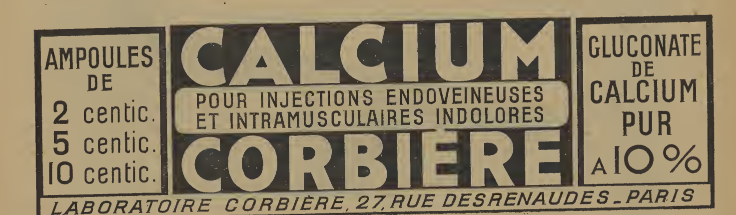
Très tristement et très respectueusement nous nous inclinons devant la mémoire de cet homme de bien qui fut pour nous un ami très fidèle.

F. L. S.

Le Dr Henri Martin (d'Uzès), décédé dans sa 81e année. Nous adressons à ses fils, le Dr Pierre Martin (de Chatel-Guyon) et le Dr Henri Martin (de Vittel), l'expression de notre sympathie.

Le Dr Michel Lorthiois de Wizernes (Pas-de-Calais).





INFORMATIONS

(suite de la page 118)

Création d'un Comité consultatif mixte, santé-ravitaillement. — Le comité est chargé d'émettre des avis en cas d'urgence sur les questions d'hygiène alimentaire qui lui seront soumises, compte tenu de la situation des ressources dont dispose le ravitaillement. Le comité est composé de fonctionnaires du Secrétariat d'Etat au Ravitaillement, et, pour le Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé : du commissaire général à la famille, du prof. André Chevallier (de Marseille), des Drs Vidal et Cléret, directeurs régionaux de la santé et de l'assistance. (*J. O.*, 12 février 1942.)

Médaille des épidémies (Algérie). — La médaille d'or des épidémies a été décernée à Mme Madeleine Thivel, en religion sœur Marie-Louise de l'ordre des sœurs de Saint-Joseph, qui a contracté le typhus en soignant les indigènes à l'hôpital civil de Sidi-Bel-Abbès et est décédée des suites de cette maladie.

La médaille d'or des épidémies a été décernée à M. le Dr Voisin (Paul), médecin de colonisation à Fedj-M'Zala (département de Constantine), qui a contracté le typhus au chevet d'un malade indigent. (*J. O.*, 10 février 1942.)

Secrétariat d'Etat au Travail. — Le *Journal Officiel* du 6 février 1942 publie le décret n° 313, du 4 février 1942, fixant les conditions de désignation et la rémunération des MÉDECINS INSPECTEURS GÉNÉRAUX et des MÉDECINS INSPECTEURS et INSPECTRICES DU TRAVAIL. (*J. O.*, 6 février 1942.)

Clinique médicale de l'hôpital Bichat. — Le Prof. Pasteur Vallery-Radot, assisté de MM. Domart, Robert et Welti, chefs de clinique, commencera son enseignement à l'hôpital Bichat, le lundi 2 mars.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 h. 15, leçon de séméiologie et de pathologie médicales. A 10 heures, examen de malades dans les salles sous la direction de chefs de clinique.

Le lundi, à 11 heures, présentation de malades médico-chirurgicaux par MM. d'Allaines, Patel, Petit-Dutaillis et Senèque. Le mardi, à 11 heures, présentation de malades par le professeur. Le mercredi, à 10 h. 45, leçon sur un sujet médical d'actualité, par MM. Coste, Courrier, de Gennes, Justin-Besançon, Perrault et Petit-Dutaillis. Le jeudi, à 11 heures, présentation de malades par le professeur. Le vendredi, à 10 h. 45, cours de clinique médicale par le professeur. Le samedi, à 11 heures, présentation de malades de la consultation par MM. Blamoutier et Borel, et présentation de malades du service par les chefs de clinique.

Comité d'Organisation des Maisons de Santé Privées

66, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris (9e)

Un décret en date du 29 novembre 1941, paru à l'*Officiel* du 4 décembre, a institué un Comité d'Organisation des Maisons de Santé Privées.

Ce Comité continue et étend, avec des moyens plus efficaces, l'action commencée par la Fédération des Maisons de Santé pour l'organisation de la profession et l'aide apportée à ses adhérents.

L'article 2 du décret stipule : « Ce Comité est chargé de donner des directives générales à l'ensemble de ces établissements qu'il devra recenser dans les trois mois, à dater de la mise en vigueur du présent décret ».

D'autre part, il est précisé que « relèveront du Comité d'Organisation des Maisons de Santé Privées, tous les établissements de cure privés, c'est-à-dire fondés et fonctionnant en tout ou partie à l'aide de capitaux privés et gérés par une administration privée *hospitalisant* notamment des malades, des convalescents, des femmes enceintes ou accouchées, des nouveaux-nés, des vieillards, des enfants arriérés ».

Cette formule exclut les établissements publics relevant de l'Etat, des départements et des communes, ainsi que les établissements de soins *n'hospitalisant* pas, mais donnant simplement des consultations tels que dispensaires, polycliniques, cliniques d'accidents du travail.

Elle inclut par contre tous les établissements privés *hospitalisant* tels que : maisons de santé, cliniques, sanatoria, hôpitaux privés, établissements médico-pédagogiques, fondations diverses.

Ces établissements, sauf ceux antérieurement affiliés à la Fédération des Maisons de Santé Privées pour lesquels l'inscription sera faite par les soins de cette Fédération, sont priés de se faire connaître de suite en indiquant :

Leur nom et leur adresse ;

Le nombre de lits d'hospitalisation dont ils disposent.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris



ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE
DES
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

CRINOCARDINE
LALEUF

AMPOULES BUVABLES & COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS
A BASE
D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS
DE
MYOCARDE
PANCRÉAS
FOIE
REIN
MUSCLE STRIÉ

LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO . PARIS-16e



Dépôt Z. N. O. : 2, rue du Pensionnat, LYON
Approvisionnement normal des pharmaciens

25

Nos 15-16. — 25-28 FEVRIER 1942 115e ANNEE Ces deux numéros groupés : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies................Un an. 75 fr.
Etudiants...... .... « 40 fr.
Etranger. — 1re zone : 110 fr. ; 2e zone : 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.



SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT (oral).
Séance du 17 février 1942. — *Notes :* MM. Loygue, 15 ; Richard, 17 ; Boreau, 20 ; Michiels, 12 ; Ricordeau, 12 ; Perraudin, 15 ; Spriet, 22.
Questions données : Symptômes et diagnostic de l'épilepsie généralisée. — Symptômes, diagnostic et complications des hernies ombilicales de l'adulte.

Facultés de Médecine. — NOMINATION DES PROFESSEURS. —
Le secrétaire d'Etat à l'Education Nationale et à la Jeunesse,
Vu la loi du 15 juillet 1941 fixant la procédure de nomination des professeurs de l'enseignement supérieur,
Arrête :
Article premier. — Les professeurs titulaires des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie (section médecine) sont répartis, pour l'application de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1941, en treize groupes ci-après définis :
1 Anatomie, histologie, embryologie.
2 Physiologie.
3 Clinique médicale.
4 Pathologie, thérapeutique, pathologie exotique, maladies infectieuses, tuberculose, cancer, pathologie des voies digestives, médecine infantile.
5 Pathologie chirurgicale, orthopédie, odonto-stomatologie.
6 Clinique des maladies nerveuses et mentales, clinique neurochirurgicale.
7 Dermato-syphiligraphie, urologie.
8 Médecine légale, médecine sociale, hygiène et médecine préventive, déontologie.
9 Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie.
10 Obstétrique et gynécologie.
11 Hydrologie, climatologie, bactériologie, parasitologie, matière médicale, pharmacologie.
12 Chimie médicale.
13 Physique médicale, électroradiologie.
Art. 2. — Les professeurs titulaires des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie (section pharmacie) sont répartis, pour l'application de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1941, en deux groupes ci-après désignés :
1 Histoire naturelle pharmaceutique.
2 Pharmacie, chimie générale, pharmaceutique et toxicologie.
Art. 3. — Quelle que soit l'agrégation dont ils ont subi les épreuves, les professeurs sont placés dans le groupe correspondant à la nature de la chaire qu'ils occupent.
Art. 4. — L'arrêté du 8 septembre 1941 portant application de la loi du 15 juillet 1941 à la nomination des professeurs des Facultés de Médecine est abrogé.
Art. 5. — Le secrétaire général de l'Instruction Publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.
Fait à Vichy, le 31 janvier 1942. Jérôme CARCOPINO.
(*J. O.*, 18 février 1942.)

Faculté de Médecine de Paris. — SESSION D'EXAMENS 1942 (5e année). — Les épreuves de thérapeutique commenceront le lundi 9 mars. — Ecrit : 9 mars ; oral : à partir du jeudi 12 mars ; affichage : le 5 mars. Aucune consignation ne sera acceptée après le 1er mars.

Faculté de Médecine d'Alger. — Par arrêté en date du 12 février 1942, MM. Gillot et Pinoy, professeurs à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Alger, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, ont été nommés professeurs honoraires de cette Faculté.

IODALOSE *GALBRUN*
Iode physiologique, soluble, assimilable. — Remplace iode et iodures dans toutes leurs applications internes
SANS ACCIDENTS D'IODISME
Laboratoire GALBRUN, 10, rue Guynemer, SAINT-MANDÉ (Seine)

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Machebœuf, professeur de chimie biologique est détaché à l'Institut Pasteur, à Paris, pour trois ans, à partir du 1er mars 1942.

Ecole de Médecine d'Angers. — M. Ch. Migot, professeur suppléant de clinique médicale est nommé professeur de pathologie médicale en remplacement de M. le Prof. Antoine, retraité.

Conseil Supérieur de la Pharmacie. — Par arrêté en date du 29 décembre 1941, M. le Prof. Astruc, doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Montpellier, a été nommé membre du Conseil Supérieur de la Pharmacie, à titre de professeur de Faculté de Pharmacie de province, en remplacement de M. le Prof. Mousseron, transféré de la Faculté de Pharmacie à la Faculté des Sciences de l'Université de Montpellier.

Etudes pharmaceutiques. — Un décret n° 541, du 18 février 1942, précise qu'il ne peut être imputé plus de deux échecs au cours de la même année aux candidats au deuxième examen de fin d'année. (*J. O.*, 19 février 1942.)

Secrétariat d'Etat à la Guerre. — Communiqué officiel n° 85 de la direction des prisonniers de guerre en date du 14 février 1942 (relève du personnel sanitaire). — Les familles des médecins officiers ayant appartenu au service de santé pendant la guerre, et actuellement internés en Allemagne, sont informées de ce que les autorités allemandes ont admis la relève de certaines catégories de médecins maintenus dans les camps de prisonniers de guerre en vue d'en assurer le service médical — ce personnel n'étant pas prisonnier — sous réserve de leur remplacement par un nombre équivalent de médecins désignés par le Gouvernement français.

Les autorités allemandes n'admettent actuellement au bénéfice de cette relève que les médecins officiers répondant à l'une des conditions suivantes :

1° Etre né avant le 1er janvier 1900 ;

2° Etre ancien combattant, pour ceux nés après le 1er janvier 1900 ;

3° Etre soutien de famille de quatre enfants mineurs nés après le 1er janvier 1922.

Une liste nominative de médecins justiciables de ces dispositions a été communiquée par les autorités allemandes. La relève est actuellement en cours. A cet effet, un nombre correspondant de médecins, comprenant une majorité de personnel d'active, a été mis, à Paris, à la disposition des autorités allemandes. Celles-ci fixent la destination à leur donner et assurent leur mise en route. Un premier contingent est déjà parti.

Aux fins de vérification de la liste établie, les familles de médecins répondant aux conditions ci-dessus indiquées sont invitées à faire connaître à la direction du service de santé, au secrétariat d'Etat à la guerre, à Royat, le nom et l'affectation actuelle du médecin intéressé, en y joignant toutes précisions utiles sur son âge, sa situation de famille et sa qualité d'ancien combattant.

Aucune autre démarche n'est à faire ni aucune intervention à solliciter.

Ce communiqué doit être tenu, dans toutes les mairies, à la disposition du public. (*J. O.*, 18 février 1942.)

Etudiants en médecine prisonniers. — Un autre communiqué officiel, en date du 17 février 1942 (*J. O.*, 19 février 1942), informe les familles des étudiants en médecine, que leur rapatriement est envisagé par les Autorités allemandes. Les intéressés doivent appartenir au service de santé, ne pas être docteur en médecine, être d'un grade inférieur à celui de médecin sous-lieutenant.

La qualité d'étudiant sera établie par un certificat émanant des facultés ou écoles qui sera adressé, pour la zone non occupée, au secrétaire d'Etat à la Guerre, direction du service de santé à Royat; pour la zone occupée, au directeur du service de santé de la région de Paris, 28, avenue de Friedland, en vue de sa transmission aux Autorités allemandes. Les étudiants P. C. B. n'entrent pas dans la catégorie prévue. Les démarches sont en cours pour les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes.

Voir la suite des Informations, page 154.

ATURAL
Supprime l'intolérance pour le lait
et le rend **semblable au lait maternel**
SUPPLÉE AUX LAITS DIÉTÉTIQUES
Laboratoires de Physiologie & de Thérapeutique, 10, rue de Strasbourg, PARIS-X°

Nécrologie

RAYMOND GREGOIRE

1875-1942

Le Professeur Raymond Grégoire vient de mourir à la suite d'une douloureuse maladie qui le tenait éloigné de l'enseignement depuis près de deux années.

Né à Lyon, en 1875, il se destina de bonne heure à la médecine. Sa carrière fut brillante : interne en 1899, il franchit rapidement les étapes du prosectorat, des hôpitaux (1910), de l'agrégation (1911). Pendant la guerre de 1914, comme chirurgien-chef de l'auto-chir. 3, il prodigue avec un dévouement inlassable ses soins aux blessés. A son retour, il publie un ouvrage sur les anévrysmes artérioso-veineux.

Par la suite, il fait paraître de nombreux travaux ; les principaux sont un volume sur la chirurgie de l'œsophage, son rapport au Congrès de chirurgie sur les splénomégalies, un traité sur les apoplexies viscérales (en collaboration avec Roger Couvelaire), mais son œuvre principale est constituée par le *Précis d'Anatomie Topographique* (avec Oberlin) et surtout son *Anatomie Médico-Chirurgicale*, en trois volumes, restée classique. C'est que Raymond Grégoire a toujours été attiré par les études de dissection, de voies d'abord, de technique chirurgicale. C'est donc à juste titre qu'en 1930 il est nommé professeur d'anatomie topographique et médecine opératoire et peu après professeur de clinique chirurgicale dans le service de l'hôpital Saint-Antoine. C'est là qu'il put donner toute sa mesure.

Opérateur d'une grande habileté, il s'intéressait beaucoup à la technique qu'il voulait impeccable. Et, comme le rappelait le Prof. Cadenat, il y a peu de jours, c'était merveille de le voir, avec un bagage instrumental très réduit, pratiquer avec aisance les opérations les plus délicates. Resté longtemps jeune d'allure, élégant, Raymond Grégoire ayant atteint le sommet des honneurs, Président du Congrès de Chirurgie, Président de l'Académie de Chirurgie, membre de l'Académie de Médecine, était resté toujours simple, affable, courtois. Ses élèves le respectaient et l'aimaient. Sa disparition est pour eux et pour ses amis un grand deuil, et une grande perte pour la chirurgie française.

Nous prions Mme Grégoire et ses enfants de recevoir l'expression émue de notre très profonde sympathie.

M. Lance.

— Nous apprenons avec une vive peine le décès du Dr Joseph Chalier, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Lyon, décédé à l'âge de 59 ans.

Nous adressons à son frère, M. le Prof. André Chalier, l'expression de notre bien affectueuse sympathie.

— Le Dr Félix Beigbeder à Gan (Basses-Pyrénées).

— Le Dr Auguste Masson, de Marcq-en-Barœul.

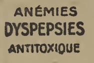
— M. Oms, directeur de la Société des Eaux Minérales d'Evian-les-Bains.

— Mme Gabriel Bonvalot, veuve du célèbre explorateur du Thibet. Elle était la fille de feu le professeur Léopold Ollier, l'illustre chirurgien de Lyon.

ADMINISTRATION EFFICACE DE L'ADRÉNALINE
par voie buccale
ADRÉNOÏDES BÉRAL
Comprimés-pastilles au 1/4 mmgr. d'Adrénaline
Un adrénoïde correspond à V gouttes de la solution au millième
Un adrénoïde, toutes les 3-4 heures, à laisser fondre sous la langue



NOUVELLE ADRESSE : 26, RUE SAUSSIER-LEROY, PARIS-17°





DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ANEMIES		
GLOBINOFER "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Tryptophane-histidine glob. fer, cuivre, manganèse* Comp. Adultes : 6 par jour Enf. : 4 par jour. Nour. : 2 p. j.	Toutes les anémies
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo Poudre de Belladone Evonymine brune, Agar-Agar 1 à 2 comprimés 1/2 heure avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
RECONSTITUANT		
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
SPASMES GRAVES		
SPASMALGINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Papavérine, Pantopon, Atrinal* Comp. : 1 à 2 p. j. Supp. : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ : 1 à 2 par jour	Tous les spasmes graves
SULFAMIDE PYRIDIQUE 402 M		
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
SULFAMIDE 109 M		
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies

Copyright VS-8-1942

FLUXINE

Gouttes et Dragées

PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES **TOUX**

ADULTES ET ENFANTS
DE TOUT AGE

GOUTTES NICAN

GRIPPE

TOUX DES TUBERCULEUX

COQUELUCHE

ECHANTILLONS & LITTERATURES. Laboratoires CANTIN A PALAISEAU S.-O. FRANCE



DÉTERMINISME DU FÉMINISME PENDANT L'ENFANCE ET LA JEUNESSE

par le Professeur Pierre NOBÉCOURT
Membre de l'Académie de Médecine

« Le Féminisme, d'après la définition que j'ai donnée dans un précédent article (1), est un syndrome clinique caractérisé par les attributs de la féminité installés dans des conditions anormales. » Il se rencontre chez des individus du *sexe masculin* et des individus du *sexe féminin*, chez des *hermaphrodites* et des *pseudo-hermaphrodites masculins* ou *hommes pseudo-hermaphrodites*, appelés plus communément *androgynoïdes*, hommes à corps de femme.

J'ai déjà décrit le syndrome. Je vais maintenant étudier son *déterminisme*.

***

Chez la femme normale, les attributs qui caractérisent la FÉMINITÉ et se précisent pendant l'enfance, la période pubérale et la jeunesse, dépendent, d'abord, du *sexe somatique* ou *génétique*, acquis au moment de la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde, ensuite et surtout, du *sexe génital*, subordonné au développement des ovaires et à l'action des hormones sexuelles femelles. Sans l'intervention de ces dernières, la féminité ne s'installe pas, la fille reste *infantile* (2). Il en est de même pour le garçon : chez lui, la **virilité** relève également des deux ordres de facteurs ; elle s'installe avec le développement des testicules et sous l'influence des hormones sexuelles mâles (3).

Les transformations somatiques, physiologiques, psychiques, morales qui se produisent à la puberté et font de l'enfant une jeune fille, puis une femme, sont dues à l'**hormone folliculaire** ou **folliculine.** Mais celle-ci n'en est pas, semble-t-il, le facteur unique. « La folliculine, écrit Henri Simonnet (4), doit être considérée comme un des facteurs de la puberté, mais, de toute évidence, la puberté normale ne dépend pas uniquement de ce facteur hormonal. A lui seul, il est incapable de provoquer une vraie puberté (Schulz). » D'ailleurs, précise Henri Simonnet, « il convient de s'entendre sur la signification du terme *folliculine*. Créé pour désigner l'hormone responsable des propriétés du liquide folliculaire, il représente une entité physiologique et non un individu chimique ; le nombre de corps définis qui possèdent le pouvoir œstrogène est en effet assez élevé et, lorsqu'on infère de la réaction biologique à la présence d'un principe actif, il est impossible de savoir exactement lequel d'entre eux est en jeu, les différences entre les réactions qu'ils provoquent étant seulement quantitatives ».

(1) NOBÉCOURT (Pierre). Du féminisme dans l'enfance et la jeunesse. *Gazette des Hôpitaux*, 115e année, nos 7-8, 28-31 janvier 1942.

(2) NOBÉCOURT (Pierre). Quelques considérations sur l'infantilisme. — L'infantilisme résulte de l'absence de puberté, du fait de la carence des glandes sexuelles. *Gazette des Hôpitaux*, 114e année, nos 75-76, 17-20 septembre 1941.
Infantilisme par anorchidie ou anovarie primaires. *Gazette des Hôpitaux*, 114e année, nos 87-88, 29 octobre-1er novembre 1941, p. 857.

(3) NOBÉCOURT (Pierre). Du virilisme dans l'enfance et la jeunesse. *Journal des Praticiens*, 3 et 10 janvier 1942.
Du virilisme des enfants et des jeunes gens, causé par des altérations primaires des glandes sexuelles. *Journal de Médecine de Paris*, 1er novembre 1941, p. 495, et *La Médecine Infantile*, novembre 1941, p. 317.

(4) SIMONNET (Henri). Le rôle de l'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique. Etude clinique, expérimentale et thérapeutique. *Thèse de Paris*, 1936. Masson et Cie.

Données expérimentales relatives à la féminisation du mâle par la folliculine

Des modifications sexuelles du mâle dans le sens femelle déterminées par les injections de folliculine ont été obtenues par divers expérimentateurs.

H. Kun (1934) injecte à des rats mâles, castrés ou non, des doses croissantes de benzoate de folliculine, jusqu'à 100.000 U. S. Ces animaux présentent les phénomènes du rut observés chez les femelles, notamment le réflexe de lordose ou ensellure lombaire. Ce réflexe apparaît plus tardivement et avec des doses plus élevées (200 U. S.) chez les mâles entiers que chez les castrés où il se montre au bout de quarante-huit heures et avec 50 U. S.

C.-N. Frazier et J.-U. Wu (1935) injectent quotidiennement, à des lapins mâles, 20 à 60 U. R. pendant six mois. Leurs mamelles s'hypertrophient et leurs mamelons se développent, leurs testicules s'atrophient et remontent dans le canal inguinal, leur pénis se réduit ; ils deviennent indifférents à l'égard des femelles.

Robert Courrier 1935-1938) (1) chez le singe (magot d'Algérie) et le chat, fait les constatations suivantes : « L'hormone folliculaire produit le développement de l'utricule prostatique ou vagin mâle ; elle déclenche aussi l'hyperplasie épidermoïde de l'épithélium urétral ; elle agit, en outre, sur la marge de l'anus du magot. Cette région acquiert sous son influence un développement comparable à celui qu'on trouve chez la femelle normale en activité (peau sexuelle) ; le tissu conjonctif a donc une *potentialité* particulière chez le singe mâle comme chez la femelle. »

Somme toute, l'expérimentation établit que la folliculine est capable de provoquer chez le mâle l'apparition de caractères femelles. « Il est par conséquent vraisemblable, conclut Henri Simonnet, que les variations du taux de cette hormone, à divers âges, interviennent comme agent de féminisation, qu'elle soit produite dans l'organisme ou artificiellement introduite. »

Il convient donc, dans l'étude du déterminisme du féminisme, d'essayer de préciser pour chacune de ses modalités, le rôle qui peut être attribué à la folliculine.

Déterminisme du féminisme précoce de la fille

Dans la plupart des cas, le féminisme précoce de la fille est lié à l'existence de certaines TUMEURS DE L'OVAIRE.

Ces tumeurs, très spéciales, sont des **folliculomes de l'ovaire** ou **tumeurs de la granulosa.**

Ces tumeurs peuvent s'installer à toutes les phases de la vie génitale, *principalement avant la puberté.* Jacques Varangot (2) en relève, dans la littérature, douze cas découverts : deux à trois ans, deux à quatre ans, trois à cinq ans, deux à six ans, un à sept ans, deux à sept ans, soit *la plupart* (*9 sur 12*) *avant sept ans.*

Leur *volume* est très différent suivant les malades. Avant la puberté, il devient, en général, rapidement très grand ; au premier examen, on trouve souvent déjà une grosse tumeur et l'intervention permet de constater un *utérus* « ayant les dimensions de celui d'une femme adulte ».

Macroscopiquement, ces tumeurs sont polymorphes. Par contre, *au microscope*, « les éléments tumoraux, les cellules granuleuses elles-mêmes, gardent dans l'ensemble une unité et une uniformité d'aspect qui permet de les reconnaître... Leur aspect est celui de la cellule granuleuse du follicule normal en voie de maturation ».

(1) COURRIER (R.). Structure et histophysiopathologie de l'appareil génital femelle. — Relations entre les hormones mâles et femelles. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Gynécologie, 3e édition, 1939.

(2) VARANGOT (Jacques). Les tumeurs de la granulosa (folliculomes de l'ovaire). *Thèse de Paris*, 1937, Louis Arnette.

Quand ces tumeurs existent, *le féminisme précoce est constant ;* Jacques Varangot l'a trouvé dans toutes les observations qu'il a compulsées. C'est généralement lui qui attire l'attention.

Ces tumeurs produisent un *excès de folliculine*. Pour Jacques Varangot, « l'existence quasi-constante d'une hyperplasie de l'endomètre est le meilleur critérium de l'activité sécrétoire des tumeurs de la granulosa ». Elle a plus de valeur, dans l'état actuel de nos connaissances, que les recherches biologiques. Quelques constatations intéressantes ont cependant été faites.

B. Bland et Goldstein, chez une fille de sept ans, opérée une première fois, puis une seconde fois, deux ans plus tard, pour une récidive, obtiennent avec 40 centimètres cubes de sang le test de Frank ; six mois après l'ablation de la récidive, le test est négatif. Avec les urines, le test d'Allen-Doisy est positif deux jours avant la première intervention, négatif sept jours après, de nouveau positif lors de la récidive et négatif quinze jours après son ablation.

Il est donc permis de penser, à juste titre, que le féminisme précoce de la fille atteinte d'une tumeur de la granulosa est attribuable à une hyperfolliculinémie réalisée par celle-ci.

D'ailleurs, l'*ablation de la tumeur* apporte la contre-épreuve. Le syndrome régresse, puis disparaît le plus souvent, les pertes sanguines cessent, puis le volume des seins diminue ; plus tard, les poils pubiens tombent, mais leur disparition n'est pas constante.

Les tumeurs de la granulosa sont des *tumeurs féminisantes*. Elles sont très différentes d'autres tumeurs de l'ovaire, notamment des *arrhénoblastomes* ou *andréioblastomes*, qui sont des *tumeurs masculinisantes*, responsables du *virilisme des filles* (1). Ces dernières, d'après Louis Salomon (2), « sont, en réalité, une glande interstitielle, provenant en partie de la transformation des cordons médullaires « de la gonade ».

Il y a des cas de féminisme précoce observés chez des filles **indemnes de tumeurs de l'ovaire.** Il est probable qu'ils relèvent également alors d'une hyperfolliculinémie. Mais on manque de documents permettant de vérifier cette hypothèse et de donner la raison de ce phénomène.

Déterminisme du féminisme des hermaphrodites et des androgynoïdes

A. — Les HERMAPHRODITES VRAIS sont des individus porteurs simultanément d'un *testicule* et d'un *ovaire*. Comme je l'ai relaté en étudiant le syndrome clinique, les uns ont l'habitus féminin, d'autres l'habitus masculin, en même temps qu'ils présentent certains attributs de l'autre sexe. Chez certains, l'habitus, qui est féminin pendant la jeunesse, peut se viriliser à l'âge adulte.

L'individu de dix-huit ans, à *habitus féminin*, examiné par Robert Raynaud, F.-G. Marill et R. Xicluna (3), a des *menstruations*, témoignant de sa féminité, et des *érections* suivies d'*éjaculations*, dont le produit contenait des *spermatozoïdes*, vraisemblablement impropres à la fécondation. A l'examen microscopique, l'*ovaire* « apparaît comme un organe normal. On y trouve un corps jaune hémorragique volumineux, la paroi lutéinique est absolument normale ; les cellules glandulaires sont en pleine activité ; le parenchyme est très vascularisé et la thèque interne, très nette, est surtout concentrée au fond des replis de la paroi. A la périphérie de l'ovaire existent de nombreux follicules primordiaux, parfaitement normaux... plus ou moins évolués ». Le *testicule* n'est pas absolument normal : « Les tubes séminifères, de calibre variable, sont plus petits que des tubes normaux. Certains ne renferment guère que du *syncytium* de Sertoli et possèdent une paroi propre épaisse. Les plus volumineux ont un aspect quasi-normal. On y trouve, à côté du *syncytium*, tous les éléments de la lignée germinative : spermatogonies, spermatocytes, spermatides et des têtes de spermatozoïdes bien constituées. Entre les tubes, le tissu conjonctif est plus sclérosé qué d'ordinaire; on y voit difficilement les cellules de la glande interstitielle. » Les auteurs concluent : « Des deux glandes sexuelles, il est indiscutable que l'ovaire est celle qui est le mieux développée. L'étude histologique confirme donc ce que du fait de son allure morphologique on pouvait penser de notre malade. »

Le sujet de vingt-deux ans, traité par L. Ombrédanne (1), a un *habitus masculin*. Il a des *menstruations* régulières tous les vingt-huit jours depuis l'âge de treize ans, et se livre au *coït avec des femmes* depuis l'âge de seize ans. Celui-ci provoque l'écoulement par l'urètre d'« un liquide gluant et filant, transparent comme du blanc d'œuf, dit-il », qui ne contient pas de spermatozoïdes. On enlève un *ovaire :* à l'examen microscopique, celui-ci a l'aspect « d'un ovaire subnormal. Il n'existe pas de follicules mûrs, mais de nombreux kystes folliculoïdes disséminés dans le stroma ovarien ». L'autre glande apparaît, macroscopiquement « constituée par deux portions entièrement différentes. Une moitié gauche est molle et contient des kystes ; la moitié droite a l'apparence d'un testicule ». Tout fait penser à un ovotestis. A l'examen microscopique d'un fragment prélevé sur la partie d'apparence testiculaire, « l'aspect est nettement celui d'un *testicule* en régression sertolienne. Les éléments séminaux sont rares et indifférenciés ». En somme, ni l'ovaire ni le testicule ne présentent « aucun test histologique de fonctionnement ».

Pour le sujet de L. Ombrédanne, rien n'autorise à attribuer l'habitus masculin à une prévalence de la gonade mâle sur la gonade femelle. Pour le sujet de Robert Raynaud, au contraire, il est possible que l'habitus féminin soit attribuable à une prévalence de la gonade femelle sur la gonade mâle.

Les faits sont singulièrement complexes et il faut se garder, dans l'état actuel de nos connaissances, de conclusions générales sur le déterminisme soit du féminisme soit du virilisme chez les hermaphrodites vrais.

B. — Les ANDROGYNOIDES, hommes à corps de femme, sont considérés comme des hommes, parce qu'ils ont uniquement des testicules. Ils s'opposent aux *gynandroïdes*, femmes à corps d'homme, qui ont uniquement des ovaires.

Chez celles-ci, le *virilisme* paraît lié à la présence d'un *ovo-testis*, d'un *ovaire-testicule*. La glande interstitielle, formée dans la zone mâle de la gonade, sécréterait des hormones mâles particulièrement actives.

On peut donc se demander si, chez ceux-là, les testicules ne contiendraient pas des formations féminines, ne seraient pas des *testicules-ovaires*, sécrétant de la folliculine.

Les examens histologiques pratiqués sur les testicules des androgynoïdes sont peu nombreux. L. Ombrédanne cite les observations relatées par Delagénière, A. Martin, Christopher, Philippe, Pozzi. Il s'agit de sujets âgés de 27 à 35 ans. Pour aucun, il n'est fait mention d'un testicule-ovaire. Par contre, écrit L. Ombrédanne, souvent « la série séminale s'arrête au stade des spermatogonies ou des spermatocytes ; ...les formes de spermatides ou de spermatozoïdes parfaits font complètement défaut », la structure des testicules rappelle celle des testicules des enfants avant la puberté. Parfois, cependant, la spermatogénie est normale.

L'androgynie ne peut donc encore être expliquée, actuellement, par l'action des hormones féminines.

(1) NOBÉCOURT (Pierre). *Loc. cit.*

(2) SALOMON (Louis). *La glande interstitielle du testicule. Son histophysiologie générale et ses tumeurs chez les mammifères domestiques et chez l'homme.* Le François, Paris, 1938.

(3) RAYNAUD (Robert), MARILL (F.-G.) et XICLUNA (R.). Hermaphrodisme vrai. *La Presse Médicale*, 25 mars 1939, p. 459.

(1) OMBRÉDANNE (L.). *Les hermaphrodites et la chirurgie.* Masson et Cie, Paris, 1939. — Observation XXIV, p. 208, fig. 107.

Nouvelle Thérapeutique de l'Infection par **imprégnation** défensive
Action élective sur le COLIBACILLE et le GONOCOQUE par deux dérivés quinoléiques en synergie ($\alpha + \beta$)

α
imprègne l'organisme
et lui rend ses
moyens de défense

Aucune toxicité
Jamais d'accidents

MICROLYSE
DU PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUIS GAUCHER

β
se porte sur
l'arbre urinaire qu'il
calme et assainit

Toutes Infections :
ENTÉRITES - SEPTICÉMIES-FURONCULOSES
et surtout
COLIBACILLOSES intestinales et urinaires
PARASITES INTESTINAUX - AMIBES - VERS
GONOCOCCIES
Urétrites. Métrites, Salpingites

4 formes : **Comprimés** — 3 par jour.
Suppositoires pour Enfants et pour Adultes.
Tablettes pour lavages vésicaux.
Ovules pour gynécologie.

LABORATOIRES DE PHYSIOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE, 10, rue de Strasbourg, PARIS (10e)

Toutes anémies et insuffisances hépatiques

HÉPATROL

Extrait de foie de veau frais

MÉTHODE DE WHIPPLE
Adultes et Enfants
sans contre-indications

Deux formes :
AMPOULES BUVABLES
AMPOULES INJECTABLES

ADMIS PAR LES MINISTÈRES
DE LA GUERRE, DE LA MARINE
ET DES COLONIES

LABORATOIRES ALBERT ROLLAND
4, Rue Platon, 4
PARIS (XVe)

...MET-JER-CARRÉ-PARIS

Publ. J. Bazaine



L'aliment du premier âge

La farine lactée SALVY est **diastasée.** Sa cuisson spéciale en a fait un aliment homogène, solubilisé, prédigéré, assimilable.

Aliment rationnel du premier âge.

Supplée à l'insuffisance digestive du nourrisson.

FARINE★ LACTÉE DIASTASÉE

SALVY



★ Aliment réservé aux consommateurs des catégories E, J 1, et V. contre ticket N° 7, ou tickets de pain.

Déterminisme des formes discrètes, frustes, dégradées du féminisme du garçon

Ces formes sont très communes chez les garçons, surtout dans les deux ou trois années qui précèdent la période pubérale et pendant celle-ci. En général, elles sont transitoires.

Pour expliquer ce phénomène il faut tout d'abord rechercher le rôle possible de la **folliculine.**

Celle-ci existe normalement dans l'organisme du garçon, comme l'ont établi les études poursuivies sur la *folliculinurie.*

D'après Henri Simonnet, on a trouvé en unités-souris, les doses suivantes de folliculine : 150 à 6 ans, 12 à 6 ans et demi, 250 à 15 ans. La folliculinurie devient particulièrement abondante à l'âge de la puberté, comme l'ont constaté H. Simonnet et M. Robey (1).

Ralph Œsting et Bruce Webster (1939) ont fait des dosages en série dans les urines d'enfants des deux sexes, âgés de 3 à 15 ans. L'hormone femelle est évaluée en U. I. d'œtrone (10 I. U. = 1 γ d'œstrone) par vingt-quatre heures. Voici leurs constatations chez le garçon.

Ils n'ont pas trouvé d'hormone chez cinq garçons de 3 ans et 3 ans et demi.

Chez sept garçons de 12 ans et deux à 13 ans et demi, les taux sont les suivants :

0, dans 1 cas
< 10, dans 3 cas
10, dans 1 cas
30, dans 1 cas
60, dans 1 cas

Chez quatre garçons de 14 ans et 14 ans et demi, les taux sont :

< 10, dans 1 cas
12, dans 1 cas
20, dans 1 cas
45, dans 1 cas

Chez un garçon de 15 ans, le taux est de 50.

La présence de la folliculine dans l'organisme du garçon normal établit que cette présence ne suffit pas à provoquer l'apparition du féminisme. Si la folliculine joue un rôle, il intervient probablement une question de dose.

Il conviendrait donc, quand un garçon présente des phénomènes du féminisme, de doser la folliculine dans les urines.

Chez des garçons obèses de 11 à 17 ans, qui présentent assez souvent un habitus féminin plus ou moins caractérisé, Maurice Sanzot (2) a trouvé, sur onze cas, cinq fois une élimination normale, trois fois une élimination inférieure à la normale, trois fois une élimination supérieure à la normale. La folliculinurie est donc variable, tandis que, au contraire, « les garçons obèses et adiposo-génitaux semblent excréter plus d'androstérone que les sujets normaux ».

Vue d'ensemble sur le déterminisme du féminisme dans l'enfance et la jeunesse

L'embryologie et l'étude des hormones sexuelles établissent, comme l'écrit Gregorio Marañon (3), que « la différenciation entre l'homme et la femme n'implique pas une valeur sexuelle différente », que « *masculin* et *féminin* ne sont pas deux valeurs formellement opposées ».

(1) Simonnet (H.) et Robey (M.). Les œstrogènes chez le mâle. *La Presse Médicale*, 12-16 février 1941, p. 162.

(2) Sansot (Maurice). Contribution à la pathogénie des obésités infantiles (étude hormonale de quelques cas). *Thèse de Marseille*, 1940. Imprimerie de la Société du *Petit Marseillais.*

(3) Maranon (Gregorio). *L'évolution de la sexualité et les états intersexuels.* Traduit de l'espagnol par le D[r] Sanjurjo d'Arellano, 4[e] édition. Gallimard, Paris, 1931. — Les états intersexuels à la puberté, in Laroche (Guy). *La puberté. Etude clinique et physicopathologique.* Masson et Cie, Paris, 1938.

Au stade initial, l'*ébauche sexuelle* est *indifférenciée.* C'est seulement vers sept semaines que l'ovaire et le testicule commencent à se distinguer par leur morphologie et leur structure.

Dans la suite, le testicule élabore les **hormones mâles,** l'ovaire les **hormones femelles.** Mais, suivant la remarque de Robert Courrier, « de nombreux faits... permettent de critiquer la notion d'une spécificité d'origine et d'une spécificité d'action des hormones sexuelles, la ligne de démarcation entre les substances mâles et femelles semble devoir s'estomper ».

Les recherches chimiques révèlent la parenté de ces substances.

On trouve les hormones mâles chez la femelle, les hormones femelles chez le mâle, souvent à un taux très élevé. Les urines de l'étalon, mâle indiscutable et en pleine activité sexuelle, contiennent de fortes doses de folliculine, parfois plus fortes que celles contenues dans les urines de la jument gravide ; son testicule est un des organes les plus riches en substances œstrogènes.

J'ai donné ci-dessus le taux de la folliculinurie chez le garçon.

L'expérimentation que j'ai relatée plus haut établit l'action des hormones femelles sur l'organisme mâle. Elle établit, par ailleurs, l'action des hormones mâles sur l'organisme femelle.

On peut s'étonner, avec Henri Simonnet et M. Robey, de ce que les œstrogènes existant dans l'organisme masculin à des taux voisins de ceux observés dans l'organisme féminin n'entraînent pas le développement des reliquats embryonnaires femelles.

Les facteurs qui entraînent le féminisme du garçon sont certainement complexes. Peuvent intervenir : le taux de l'hormone femelle, taux absolu et taux relatif par rapport à celui de l'hormone mâle, les qualités de ces hormones, l'état de l'organisme réactif, sur lequel agissent ces hormones.

Nous avons vu que le rôle de la folliculine ne peut être précisé. Reste le troisième facteur. Celui-ci, d'après plusieurs auteurs, tient la première place.

« Au total, écrit Robert Courrier (1), l'étude des relations fonctionnelles entre les hormones mâle et femelle conduit à attribuer une très grande importance à l'organe réactif. Les produits hormonaux se ressemblent, se distinguent ou s'opposent suivant le récepteur envisagé. »

De leur côté. H. Simonnet et M. Robey répondent à la question qu'ils se posent et qui est mentionnée ci-dessus de la façon suivante : « La sensibilité des récepteurs semble fournir l'explication. Au début de la vie, les récepteurs femelles de l'organisme mâle sont sans doute presque aussi sensibles à l'influence des œstrogènes que chez la femelle, mais les œstrogènes ne peuvent agir puisque leur taux devient seulement appréciable à partir de la puberté. Ultérieurement le seuil du récepteur s'élève et les doses d'œstrogènes nécessaires pour les influencer doivent être élevées. »

Benoit insiste sur l'importance « des *seuils hormoniques*, au-dessous desquels on sait que l'effet hormonique est nul... Inférieure au seuil minimum d'action, cette hormone restera sans effet dans l'organisme sur les caractères hétérosexuels ».

Il ne faut cependant pas considérer comme négligeable, *a priori*, le rôle possible de la folliculine.

Somme toute, dans le déterminisme du féminisme chez le garçon, **trois théories** sont à envisager.

1° La *théorie zygotique.* — La sexualité est acquise dès la fécondation, inscrite dans l'œuf fécondé ; ce *sexe somatique* ou *génétique* ne peut être modifié. Il en est de même pour les modalités anormales, telles que le féminisme.

2° La *théorie hormonale.* — La gonade de l'embryon est bisexuée ; puis l'évolution se fait soit dans le sens masculin soit dans le sens féminin ; l'intervention de l'hormone femelle chez le mâle est le facteur du féminisme.

(1) Courrier (Robert). *Titres et travaux scientifiques.* Imprimerie J. Klein, Paris, 1941.

3° La *théorie mixte zygotico-hormonale.* — Le sexe est déterminé dès la conception (théorie zygotique) ; à un moment donné interviennent les hormones, qui perfectionnent ses caractères et le fixent (théorie hormonale).

Cette théorie « rallie de nombreux suffrages » d'après P. Sainton, H. Simonnet, L. Brouha. C'est elle qui explique le mieux le féminisme du garçon.

Dans les conditions physiologiques les enfants d'un sexe possèdent des attributs appartenant à l'autre sexe, des *caractères ambosexuels* (L. Champy) qui réalisent des *états intersexuels* dans leurs modalités plus ou moins discrètes, entre autres les formes frustes du féminisme. « Théoriquement, écrit Gregorio Marañon, il n'y a pas de limite précise, mathématique... pour indiquer où se termine la féminité et où commence la virilité. »

Les états intersexuels s'expliquent, suivant Marañon, par l'**évolution de la sexualité,** qui se poursuit « entre l'enfance et la vieillesse, avec des différences purement quantitatives et chronologiques d'un sexe à l'autre ».

Le déterminisme de l'intersexualité et notamment du **féminisme** repose sur deux principes qui se dégagent de la théorie de Marañon :

1° L'*intersexualité est un phénomène normal.* Au début de l'existence, il existe normalement « une phase de sexualité indifférenciée », le soma est bisexuel ou plus exactement possède une « sexualité unique ».

2° A partir de cette sexualité unique évolue une *sexualité différenciée*, masculine ou féminine, « suivant un rythme et une intensité différente dans chaque sexe ».

« Dans chaque être humain, homme ou femme, les deux sexualités ou, plus exactement, les deux phases féminine et masculine, de la sexualité, évoluent indépendamment. » Dans le sexe masculin, « la phase féminine évolue rapidement et avec très peu d'intensité au moment de la puberté ; immédiatement après, le masculin domine le féminin et atteint son développement proprement viril ». Dans le sexe féminin, à la puberté débute « la phase féminine qui se développe graduellement » et dure jusqu'à la ménopause, « à laquelle apparaît, sous forme rapide et légère, la phase virile ».

Ainsi pourrait s'expliquer la fréquence d'un féminisme transitoire chez le garçon au voisinage de la puberté et pendant son évolution. Mais nous ignorons pourquoi, à la puberté, l'ambiguïté sexuelle varie d'intensité suivant les individus. Il est possible que la folliculine intervienne à cette période. Rappelons que la folliculinurie augmente chez le garçon à la période pubérale ; mais, nous l'avons vu, il existe, à propos de son action, bien des imprécisions.

Quoi qu'il en soit, pour expliquer le déterminisme du féminisme chez le garçon, la **théorie mixte,** impliquant un *facteur somatique* ou *génétique*, congénital, et un *facteur hormonique*, est celle qui paraît la plus justifiée.

Dans le déterminisme du féminisme chez l'hermaphrodite et le gynandroïde, le facteur génétique paraît bien jouer le rôle le plus important ; il n'y a guère que lui qui puisse être à l'origine des anomalies de l'appareil génital.

Dans le déterminisme des **caractères psychiques** et **moraux** du féminisme, interviennent certainement les *hormones sexuelles* comme le prouvent les modifications qui se produisent à la puberté chez les sujets normaux. Mais il faut, en outre, réserver une place importante à des *facteurs extrinsèques*, le milieu et l'éducation, dont il sera question dans un article suivant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 2 février 1942

M. le Président annonce la mort de M. F.-X. Lesbre, ancien directeur de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon, correspondant.

Election. — M. Louis de Broglie est élu secrétaire perpétuel pour les sciences mathématiques, en remplacement de M. Emile Picard, décédé.

L'évolution de la teneur en nicotinamide du lait de la femme et le besoin du nourrisson. — M. A. Lwoff, Mlle M. Morel et M. Marcel Bilhaud.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 24 février 1942

Suite de la discussion sur la tuberculose

(Voir séance du 13 janvier 1942, *Gaz. Hôp.*, 1942, p. 26)

M. le Président fait part du décès de M. Raymond Grégoire.

La recherche des bacilles de Koch dans les crachats par l'examen du contenu gastrique au cours de la période initiale de la tuberculose pulmonaire chez le jeune enfant. — MM. E. Lesné et A. Saenz. — Il n'est pas de tuberculose pulmonaire fermée chez le jeune enfant, et même dès la période initiale, particulièrement chez les sujets de moins de deux ans, les bacilles de Koch sont fréquents dans le contenu gastrique.

Entre deux et cinq ans, la tuberculose pulmonaire apyrétique, non évolutive en apparence, avec image radiographique de complexe gangliopulmonaire, d'épituberculose, etc., fournit des résultats positifs dans 1/5e des cas ; et, parfois même, la bacilloscopie gastrique montre la présence de bacilles chez des enfants allergiques dont l'image thoracique est normale.

L'examen direct sur lames n'est pas suffisant, et mieux vaut avoir, de plus, recours à l'inoculation au cobaye et à l'ensemencement suivant le procédé de Saenz et Costil. Cette recherche doit être répétée, car l'émission de bacilles est intermittente ; la répétition de ces examens conduirait certainement à constater un pourcentage plus élevé de cas positifs.

Ce mode d'exploration vient compléter et confirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire, mais il n'est pas facile à réaliser.

Suivant l'avis de tous les pédiatres, le diagnostic de tuberculose chez l'enfant doit être basé, avant tout, sur les réactions cutanées allergiques, la radiographie et l'examen clinique. La cuti-réaction de Pirket et la percuti-réaction de Moro, celle-ci plus simple à réaliser et tout aussi probante, complétées par la radiographie, préférable à la radioscopie, permettent de découvrir les formes inapparentes et curables.

Bien que les jeunes enfants atteints de tuberculose à la période initiale soient pauci-bacillaires et ne crachent pas, l'arrivée des bacilles de Koch dans le contenu gastrique n'a pu se faire sans un passage pharyngobuccal à l'occasion d'une secousse de toux. Certes, le risque de contagion pour d'autres enfants résistants est faible, mais il serait imprudent de le mépriser pour des enfants fragiles, chétifs ou convalescents d'une maladie aiguë. Aussi, les constatations apportées par des recherches techniques précises nous amènent à souhaiter la réalisation des mesures suivantes :

Toute collectivité de jeunes enfants (pouponnières, crèches, préventoria, etc.), doit : soit comporter deux groupes distincts et isolés l'un de l'autre selon les résultats de la cuti-réaction, soit réunir seulement des enfants appartenant à l'un ou l'autre de ces groupes allergiques ou non, même en l'absence d'une recherche de bacilles dans le contenu gastrique.

Apport par l'air des bacilles tuberculeux. — M. Paul Le Noir rappelle les recherches qu'il a entreprises, il y a plus de vingt ans, en collaboration avec Jean Camus et qui ne leur ont pas permis, contrairement aux affirmations de Straus, de mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux dans les mucosités naso-pharyngiennes d'individus sains en contact journalier avec des tuberculeux. Les résultats de ces recherches ont été confirmés par Bezançon, Braun et Henri Meyer, mais non par Sergent et Henri Durand. L'auteur admet cependant, dans un petit nombre de cas, la possibilité de l'introduction par l'air de poussières bacillifères dans les voies aériennes supérieures.

Bacille de Koch urinaire et tuberculose rénale. Les enseignements de l'uretéro-pyélographie rétrograde. — M. Maurice Chevassu, rapprochant la tuberculose rénale de la tuberculose pulmonaire, établit d'abord que la découverte du bacille de Koch dans les urines, qu'un bon laboratoire décèle en moyenne dans 90 % des cas de tuberculose rénale, permet d'affirmer l'existence d'une lésion tuberculeuse de l'appareil urinaire. Il ne croit pas à la réalité des éliminations bacillaires sans lésion effective du rein ; du moins en cherche-t-il en vain, depuis vingt ans, un exemple indiscutable.

La recherche du bacille tuberculeux dans la primo-infection de l'adolescent et de l'adulte. — M. A. Courcoux. — Cette recherche n'est guère pratiquée. Dans la très grande majorité des cas, les sujets ne toussant pas et ne crachant pas, on considère pour cette raison qu'ils ne sont pas contagieux et on n'a pas fait chez eux des investigations aussi poussées que chez l'enfant. On a constaté cependant, dans certains cas et en particulier dans l'érythème noueux, des bacilles par le tubage gastrique

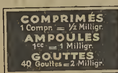


Thyroxine

"ROCHE"

THYROXINE SYNTHÉTIQUE

½ A 1 MILLIGR. PAR JOUR PAR PÉRIODE DE 10 JOURS
POSOLOGIE RIGOUREUSE ADAPTÉE A CHAQUE CAS GRÂCE AUX 3 FORMES:



Produits **F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie** 10, rue Crillon_Paris (IVe)

Viosten

Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines

Injections de 1 c.c.
Comprimés
Granulés



Deficiences organiques

Pour avoir récolte au verger, faut de bonne heure le fortifier

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe)
Téléph. : Vaugirard 08-19
et LIVAROT (Calvados)

Imprimé en France

NOUVELLE PRÉSENTATION :

OPOCÉRÈS "VITAMINÉ" B-C-D

ÉGALEMENT :

EN BOITES DE 10 AMPOULES BUVABLES ET EN BOITES DE 40 COMPRIMÉS FRIABLES

INOSITE - CHAUX - MAGNÉSIUM - FER - MANGANÈSE
SURRÉNALE - HYPOPHYSE - EXTRAIT ANDROIQUE - NOIX VOMIQUE

OPOCERES Reconstituant Biologique général — 1 à 4 comprimés par jour

— LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS (8e) —

Traitement du **Parasitisme intestinal**
par les Pyréthrines (*du Pyrèthre*)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSEMINE

Pyréthrines Carteret

AUCUNE TOXICITÉ
SANS CONTRE-INDICATION

PERLES — GOUTTES

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.
TRICHOCÉPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Échantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, *15, rue d'Argenteuil, PARIS.*

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE

VALS SAINT-JEAN

ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre

chez l'adulte, sans qu'il y ait aucune lésion pulmonaire décelable. Il y aurait intérêt à étendre ces recherches surtout dans certains types cliniques de primo-infection.

Intérêt de la recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique de l'enfant. — MM. R. Broca, S. Thieffry et L. Costil rapportent le résultat d'une étude portant sur 195 enfants tuberculeux de la clinique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades. Dans les cas de tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique, les résultats les plus intéressants sont donnés par l'étude des enfants allergiques depuis plus ou moins longtemps et porteurs d'un foyer initial. Une fois sur trois le lavage gastrique contient des bacilles. Les auteurs concluent que l'enfant tuberculisé, s'il est réellement porteur d'un foyer tuberculeux ouvert n'est en réalité pas, jusqu'à plus ample informé, un disséminateur de bacilles parce qu'il ne tousse guère et n'expectore pas.

Election. — MM. Jacques de Fourmestraux (de Chartres) et Portmann (de Bordeaux), sont élus correspondants nationaux dans la 2e division (chirurgie, accouchements et spécialités).

CHRONIQUE

La leçon inaugurale de M. le Professeur Duvoir

Une assemblée particulièrement brillante et très dense se pressait le 16 février, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, pour applaudir le Professeur Duvoir.

Dans l'hémicycle nous apercevons : Mme Thoinot, MM. les Professeurs Balthazard, Lereboullet, Clerc, Tanon, Lœper, N. Fiessinger, Gougerot, Harvier, Binet, Laignel-Lavastine, Pasteur Vallery-Radot, Gastinel, Troisier ; MM. les Professeurs agrégés Sézary, Brulé, Moulonguet, Lemaire, Piédelièvre, Desoille...

« Il y a longtemps qu'il est un maître », nous dit M. le Doyen Baudoin, en présentant le nouveau professeur ; si M. Duvoir est un médecin-légiste, « rien de médical ne lui est étranger ». La médecine légale englobe actuellement tout ce qui est régi par les lois sociales, tous les problèmes se rattachant médicalement à l'ouvrier et à la profession, et l'on sait l'impulsion vigoureuse que M. Duvoir a su donner en France à l'organisation de la médecine du travail, domaine dans lequel nous n'avons rien à envier à l'étranger.

Ce n'est pas sans émotion que M. le Prof. Duvoir remercia M. le Doyen et la Faculté. Il évoqua ensuite son éducation à Sainte-Barbe, ses débuts en médecine, sa reconnaissance envers ses maîtres : Duplay, Legueu, Chauffard, Gilbert, M. Barth, dont il déplora l'absence car il aurait voulu pouvoir le remercier publiquement, Lepage, Lesage, Legry, Thoinot, Pierre Teissier, « un maître d'une conscience irréprochable qui ne transigeait jamais »...

M. Duvoir fit ensuite un magistral exposé de ce que fut en France la médecine légale depuis les Capitulaires de Charlemagne jusqu'à nos jours. Si son enseignement fut longtemps négligé, c'est cependant à Ambroise Paré que nous devons le premier traité de médecine légale.

La chaire de médecine légale de la Faculté de Médecine de Paris fut fondée après la Révolution. M. Duvoir en est le 12e titulaire. Elle fut remarquablement illustrée par Orfila, créateur de la toxicologie médico-légale et mêlé à ce titre aux grands procès d'empoisonnement de son époque.

Son successeur, « expert médiocre, ne savait jamais conclure », mais Tardieu releva le prestige de la chaire aux yeux des étudiants et des magistrats. Paul Brouardel s'attacha à organiser l'enseignement pratique ; Thoinot, dont M. Duvoir fut l'interne en 1909, fut un hygiéniste et un médecin-légiste de premier plan. En quelques mots, M. Duvoir exprima à Mme Thoinot toute la gratitude qu'il garde à son maître.

Bien qu'il ne soit pas dans les usages de faire l'éloge des vivants, M. Duvoir se devait de rappeler la carrière magnifique de son prédécesseur M. le Prof. Balthazard, esprit novateur, venu à la médecine par l'Ecole Polytechnique, officier d'artillerie pendant la guerre de 1914, ancien doyen de la Faculté.

Il était bon d'évoquer non seulement son œuvre médico-légale, mais son souci de la formation morale des médecins et de l'organisation de notre profession, sans compter son action bienfaisante en faveur des veuves et orphelins des familles médicales, en faveur aussi des jeunes « qui ont acquis des titres enviables mais pour lesquels la prospérité matérielle se fait longtemps attendre ».

M. Duvoir a terminé sa belle leçon en soulignant l'importance de la médecine sociale technique ou médecine du travail. Devant la multiplicité des maladies professionnelles et les conditions actuelles de l'industrie, les médecins d'usines compétents ont un rôle important à jouer, tant professionnel que moral : ne sont-ils pas souvent à même de « calmer des esprits trop échauffés ! »...

C'est ainsi que la médecine du travail saura concourir au relèvement de la Patrie.

M. L. S.

avitaminose locale :

ENGELURES

vitaminothérapie locale :

MITOSYL

pansement biologique aux vitamines A et D (huiles de foie de morue et de flétan)

UNION CHIMIQUE & BIOLOGIQUE, 5 et 7, Rue Claude-Decaen, PARIS-XIIe - Tél. DIDerot 37-93

Zone non occupée : Pontgibaud (Puy-de-Dôme)

INFORMATIONS

(suite de la page 142)

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Mathieu, médecin inspecteur de la santé de l'Allier, est nommé médecin inspecteur de la santé de Saône-et-Loire.

M. le Dr Leconte, médecin inspecteur de la santé des Hautes-Alpes, est nommé médecin inspecteur de la santé de l'Allier.

M. le Dr Deschamps, médecin inspecteur de la santé d'Eure-et-Loir, est nommé médecin inspecteur de la santé des Hautes-Alpes.

M. le Dr Basse, médecin inspecteur de la santé de Seine-et-Oise, est nommé médecin inspecteur de la santé d'Eure-et-Loir.

M. le Dr Altenbach, médecin inspecteur adjoint de la santé de Seine-et-Oise, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé de Seine-et-Oise.

M. le Dr Dainville de La Tournelle, médecin inspecteur adjoint de la santé d'Eure-et-Loir, est nommé médecin inspecteur adjoint de la santé de Seine-Inférieure.

L'arrêté du 21 octobre 1941 chargeant M. le Dr Porte des fonctions de médecin inspecteur de la santé de Saône-et-Loire est rapporté.

L'arrêté du 24 décembre 1941 fixant la résidence de M. le docteur Imbert, médecin inspecteur adjoint de la santé de Saône-et-Loire à Autun, est rapporté.

L'arrêté du 2 décembre 1941 affectant M. le Dr Lambolez, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aisne, est rapporté.

(*J. O.*, 6 février 1942.)

La Maison de la Médecine. — *L'Information Universitaire* du 21 février consacre un excellent article à la Maison de la Médecine qui, située sur les jardins de l'Observatoire, va offrir un « chez eux » aux étudiants en médecine et aux étudiants P. C. B. Bibliothèque, salles de travail, de délassement, conférences d'internat et d'externat, etc., seront à la disposition des étudiants, ainsi qu'un service de remplacements, d'aide aux prisonniers, etc.

Ravitaillement en légumes des familles nombreuses médicales de la région parisienne et des centres urbains. — Avec le concours technique de l'Association des Médecins Amateurs de Jardins, l'Association « Médecine et Famille » (Médecins Amis de la Famille et Familles Nombreuses médicales) étudie actuellement les possibilités d'application de la loi du 30 novembre 1941. Grâce à cette loi, les associations de familles nombreuses peuvent contribuer à l'extension des cultures maraîchères aux abords des villes, et le fruit de ces cultures sera réservé à leurs adhérents, nonobstant toute réglementation du rationnement.

Renseignements avec timbre pour réponse à *Médecine et Famille*, 84, rue de Lille, à Paris (7e).

Clinique médicale de l'hôpital Bichat (professeur : M. Pasteur Vallery-Radot). — LEÇONS SUR DES SUJETS MÉDICAUX D'ACTUALITÉ.

Une série de conférences sur des sujets médicaux d'actualité sera faite à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat les mercredis suivants, à 10 h. 45 :

4 mars 1942, M. le Dr de Gennes, agrégé, médecin des hôpitaux : Les hormones surrénales. — 11 mars, M. le Dr de Gennes, agrégé, médecin des hôpitaux : Les hormones surrénales (*suite et fin*). — 18 mars, M. le Prof. Courrier, du Collège de France : Les hormones ovariennes. — 25 mars, M. le Prof. Courrier, du Collège de France : Les hormones ovariennes (*suite et fin*). — 15 avril, M. le Dr Petit-Dutaillis, agrégé, chirurgien des hôpitaux, et M. le Dr Coste, médecin des hôpitaux : Les sciatiques par hernie discale. — 22 avril, M. le Dr Perrault, médecin des hôpitaux : Les thérapeutiques par les sulfamides. — 29 avril, M. le Dr Perrault, médecin des hôpitaux : Les thérapeutiques par les sulfamides (*suite et fin*). — 6 mai, M. le Dr Justin-Besançon, agrégé, médecin des hôpitaux : Les grandes avitaminoses sociales : 1° La pellagre (avitaminoses nicotiniques ou P. P.) et les carences associées (avitaminose B_2, B_6, etc.). — 13 mai, M. le Dr Justin-Besançon : Les grandes avitaminoses sociales : 2° Le béri-béri et les avitaminoses B_1 conditionnées. — 20 mai, M. le Dr Justin-Besançon : Les grandes avitaminoses sociales : 3° Le scorbut et les carences en vitamine C. — 27 mai, M. le Dr Justin-Besançon : Actualités sur les carences : 1° Les vitamines D et les maladies de la calcification. La vitamine E, la stérilité et les syndromes neuro-musculaires. — 3 juin, M. le Dr Justin-Besançon : Actualités sur les carences : 2° L'avitaminose A et son dépistage clinique. L'avitaminose K et les hémorragies des ictériques. — 10 juin, M. le Dr Justin-Besançon : Actualités sur les carences : 3° Les œdèmes de carence. Vitamines nouvelles. Vues actuelles sur les avitaminoses.

Ces conférences sont libres.

Naissance

M. le Dr et Mme Bernard Ménétrel ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur fils, Thierry, le 8 février 1942.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES

A. BAILLY

LES LABORATOIRES A. BAILLY sont à même d'exécuter toutes les ANALYSES de :

CHIMIE BIOLOGIQUE — BACTÉRIOLOGIE

SÉROLOGIE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

et, entre autres, toutes les recherches et dosages susceptibles de dépister l'atteinte d'une glande endocrine :

THYROÏDE . Métabolisme basal

SURRÉNALE Glutathionémie

OVAIRE . . . Folliculine, Hormone lutéinique

TESTICULE . . Hormone mâle

HYPOPHYSE Hormone Gonadotrope, Hormone Thyrotrope, Hormone Mélanotrope

15, Rue de Rome, PARIS-8e — Tél. : Laborde 62-30 (9 lignes groupées)

POUR VOUS DOCUMENTER SUR



LIPIODOL LAFAY

LIPIODOL "F" (FLUIDE)

TÉNÉBRYL GUERBET

DEMANDEZ-NOUS
NOTRE BULLETIN No 5
QUI, PARU EN MAI, NE VOUS EST PEUT-ÊTRE PAS PARVENU

SOMMAIRE

L'élimination urinaire de l'iode après administration de lipiodol, test de l'activité pancréatique, d'après F. Trémolieres, médecin de l'Hôpital Boucicaut, et P. Chéramy, pharmacien chef de l'Hôpital Boucicaut 1
L'angiocholégraphie, par le Service de Documentation Médicale des Laboratoires A. Guerbet et Cie 4
A travers la bibliographie 10

LABORATOIRES ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy - SAINT-OUEN (Seine)

MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

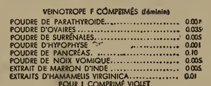
VEINOTROPE

3 FORMULES

VEINOTROPE M COMPRIMES (masculin)

POUDRE DE PARATHYROIDE	0.001
POUDRE ORCHITIQUE	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA	0.01

POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE



COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER, OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE. 3 SEMAINES PAR MOIS.

VEINOTROPE POUDRE

EXTRAIT EMBRYONNAIRE	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS	3 gr.
CALOMEL	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour	100 gr.

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÉRES SIMPLES ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES — PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)

EUPHORYL

Cachets · Dragées · Intraveineux · Intramusculaire

Dermatoses
— Prurits —
Anaphylaxies
Intoxications

Cas moyens : *3 Cachets par Jour*
Cas aigus : *3 Injections intraveineuses par semaine*

EUPHORYL INFANTILE

(Granulé soluble)

Troubles Hépato-digestifs de l'Enfance
Dermatoses - Anaphylaxies

1 Cuillerée à Café par Année d'Age



SALICYLATE SURACTIVÉ "ANA"

Affections Rhumatismales
Algies - Infections
Troubles Hépatiques

Solution { ½ cuil. à café mesure ou 70 gouttes } = 1 gr.
Dragées Glutinisées : (dosées à 0 gr. 50) 2 dragées = 1 gr.
Intraveineux : 10 cc. = 1 gr.

HIRUDINASE

(Dragées)

Affections veineuses
Infections Vasculaires
(Prophylaxie et Traitement)
Troubles menstruels
Aménorrhées · Dysménorrhées

4 à 6 Dragées par Jour
(10 jours avant la date des règles)

LABORATOIRES "ANA" ANA 18, avenue Daumesnil, PARIS (12e)

N°s 17-18. — 4-7 MARS 1942 115e ANNÉE Ces deux numéros groupés : 1 fr. 50.

La Lancette Française

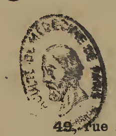
GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

France et Colonies.................Un an. 75 fr.
Etudiants........................ « 40 fr.
Etranger. — 1re zone : 110 fr. ; 2e zone : 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE

Adressez renouvellements et toutes communications aux MESSAGERIES HACHETTE
12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE (oral).

Séance du 28 février 1942. — *Notes :* MM. Raymond (Jean), 19 ; Conche, 17 ; Galland, 26 ; Ponsart, 18 ; Arnaud (Louis), 17 ; Choubrac, 19 ; Rathery, 20 ; Chevillotte, 16 ; Moullé, 22 ; Stevenin, 19.

Questions données. — Symptômes, diagnostic et complications du zona ophtalmique. — Plaies cardio-péricardiques.

UN CONCOURS pour une place de PHARMACIEN DES HÔPITAUX s'ouvrira le lundi 13 avril 1941. Inscriptions à l'Administration Centrale (bureau du Service de Santé), 3, avenue Victoria, du 16 au 26 mars 1942.

LE CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE s'ouvrira le mardi 14 avril 1942, à 10 heures du matin, à la Faculté de Pharmacie.

Inscriptions à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de Santé), du 2 au 18 mars inclus, de 14 h. à 16 h. 30 (dimanche excepté).

Asiles d'aliénés et établissements départementaux. — Un concours pour le recrutement de places d'*internes titulaires en pharmacie* des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri-Rousselle, de l'hospice Paul-Brousse, à Villejuif, de l'Institut du Cancer et de l'hôpital Franco-Musulman, s'ouvrira à Paris le 4 mai 1942.

Le nombre de places mises au concours sera annoncé au moment de l'ouverture du concours.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance Départementale, 1er bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 2e étage, porte 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 16 mars au 28 mars inclus.

Sanatoriums publics. — Un concours pour six places de médecins adjoints des sanatoriums publics s'ouvrira le 5 mai à Paris et dans des centres de la zone occupée qui seront désignés ultérieurement. (*J. O.*, 26 février 1942.)

Facultés de Médecine. — DÉCRET N° 480 DU 18 FÉVRIER 1942 PORTANT DÉROGATION A L'APPLICATION DE L'ARTICLE 1er DU DÉCRET DU 8 NOVEMBRE 1941 SUR LA SITUATION DES PROFESSEURS DE CLINIQUES DES VILLES DE FACULTÉS.

Art. 1er. — A titre exceptionnel et comme mesure transitoire, l'article 1er du décret du 8 novembre 1941 n'est pas applicable :

1° Aux professeurs de clinique médicale, chirurgicale et de spécialité des villes de faculté qui sont actuellement en exercice ;

2° Aux agrégés des facultés de médecine nommés antérieurement au 2 septembre 1939, s'ils accèdent comme professeurs titu-

JÉCOL

CACHETS DE COMBRETUM POUR LE FOIE. — COURBEVOIE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS
DÉJARDIN
Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue

laires à une des chaires visées au paragraphe 1er du présent article.

Art. 2. — Les dérogations qui précèdent n'ont pas pour effet de suspendre l'exécution des dispositions prévues à l'article 2 du décret du 8 novembre 1941, qui demeurent immédiatement applicables aux professeurs et agrégés des facultés de médecine chefs d'un service hospitalier. (*J. O.*, 20 février 1942.)

Faculté de Médecine de Lyon. — Par arrêté en date du 14 février 1942, est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Lyon, en date du 11 juin 1941, portant création d'un Institut de Médecine et d'Hygiène Coloniales rattaché à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon. (*J. O.*, 24 février 1942.)

Ministère de l'Intérieur. — M. le Dr Joseph Brel a été nommé adjoint au maire du 11e arrondissement municipal de Paris. (*J. O.*, 21 février 1942.)

Comité Consultatif d'Hygiène de France. — Ont été nommés membres du Comité Consultatif d'Hygiène de France (*section des stations hydrominérales, climatiques et uvales*) :

MM. les Docteurs : Piéry, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Lyon ; Giraud, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier ; Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris ; Aris, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Pau ; Robert Pierret, directeur général de l'Office International d'Hygiène Publique.

Section de la tuberculose. — M. le Dr L. Pellissier, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, inspecteur général honoraire de la santé.

Section d'hygiène industrielle et de médecine du travail. — MM. les professeurs : Leclercq, de la Faculté de Médecine de Lille ; Mazel, de la Faculté de Médecine de Lyon. (*J. C.*, 20 février 1942.)

Médaille d'honneur pour actes de courage et de dévouement. — Médaille d'or à titre posthume : M. le Dr Charles Vigne, au Havre.

Syndicats nationaux des médecins. — Par arrêté, en date du 6 février 1942, les biens de toute nature actuellement sous séquestre, et les charges y afférentes, composant le patrimoine des syndicats nationaux de médecins dissous sont transférés au Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins. (*J. O.*, 21 février 1942.)

Société de Stomatologie. — Bureau pour 1942 : MM. les Docteurs Richard, président ; Lacaisse, vice-président (de Paris) ; Soleil, vice-président (de Lille) ; Lesourg, secrétaire général, 176, boulevard Haussmann, Paris (8e) ; Martin, trésorier ; H. Geré, secrétaire des séances ; Vrasse, archiviste.

La Société médicale du 17e arrondissement, réunie le 24 février 1942 : Exprime au Conseil départemental de la Seine sa satisfaction pour sa motion du 15 janvier contre les nouvelles mesures fiscales, et regrette que ses autres représentants auprès des Pouvoirs Publics se bornent à enregistrer et à transmettre, sans le moindre commentaire, les communiqués du Ministère des Finances.

Caisse départementale des Assurances Sociales de l'Aube. — La Caisse a besoin d'un médecin contrôleur adjoint chargé également du service de radiologie et de son contrôle médical.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Caisse, 56, boulevard du 14-Juillet, à Troyes.

Médaille du Professeur Dionis du Séjour. — Les élèves et amis du Professeur Dionis du Séjour, de Clermont-Ferrand, ouvrent une souscription pour lui offrir une plaquette à son effigie à l'occasion de son honorariat comme professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Clermont-Ferrand.

Les confrères qui veulent s'associer à cette manifestation de sympathie et de gratitude sont priés d'adresser leur souscription au Dr Paul Gaillard, 27, avenue des Etats-Unis, à Clermont-Ferrand (compte chèques postaux Clermont-Ferrand 31-02).

Tout souscripteur d'une somme de 150 francs recevra un exemplaire de la médaille.

Voir la suite des Informations, page 178.

Ordre des Médecins

Communiqué du Conseil Supérieur

La Commission créée par le Conseil Supérieur de l'Ordre et chargée de la protection des intérêts des médecins prisonniers, est heureuse d'apporter les précisions suivantes : grâce à la propagande faite en faveur de la relève, grâce à la générosité de cœur de nombre de médecins d'active et de réserve, la relève partielle, actuellement admise pour certaines catégories de médecins prisonniers, peut être réalisée par des médecins volontaires.

Grâce à ces hommes de devoir, il n'est pas question, à l'heure actuelle, de présenter des listes de médecins, classées en différentes catégories et parmi lesquelles l'autorité militaire serait susceptible de faire des désignations.

Nous savons qu'il manque, cependant, un ophtalmologiste volontaire.

Les efforts conjugués du Service de Santé et de la Commission du Conseil Supérieur ont permis d'obtenir une liste de quatre-vingts volontaires ; vingt-six sont partis.

Actuellement, à la date du 26 février, deux médecins nous ont déjà fait part de leur retour.

Communiqué du Conseil Départemental de la Seine

A la demande de la Préfecture de Police, le Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins rappelle au confrères que, suivant la circulaire ministérielle du 14 janvier 1941, ils sont tenus, sans exception, de déclarer les cas contagieux de maladies vénériennes.

La déclaration, qui doit être envoyée dans les 24 heures, comporte pour chaque cas — sans indication du nom du malade — la nature de l'affection (syphilis primaire ou secondaire, blennorragie aiguë ou chronique, chancrelle, maladie de Nicolas-Fabre) et une fiche de renseignements.

Cette déclaration numérique doit être complétée par une déclaration nominale si le malade se montre récalcitrant ou négligent.

« Doit être considéré comme tel le cas de toute personne atteinte d'affection vénérienne contagieuse qui cessera, avant guérison, ses consultations chez le médecin qui la soigne, sans fournir à celui-ci la preuve qu'elle reçoit les soins d'un autre médecin ou sans justifier de raisons valables pour cette interruption de traitement.

« Dans ce cas, le médecin devra déclarer à l'autorité sanitaire les nom, adresse, âge, sexe et maladie. Cette déclaration nominale sera faite dans le délai de huit jours après la date de la consultation manquée.

« En conséquence, et pour éviter les déclarations abusives, il est indispensable que tout médecin appelé à traiter un vénérien s'inquiète de savoir si ce malade ne vient pas d'interrompre le traitement commencé chez un autre médecin. Dans l'affirmative, il avertira son confrère précédemment consulté que le malade a changé de conseiller médical. »

Pour la Seine, les déclarations doivent être adressées en franchise postale, à M. le Préfet de Police, Direction de l'Hygiène (4e bureau), 3, quai de l'Horloge, Paris.

SINAPISME RIGOLLOT
RÉVULSION RAPIDE ET SURE
POUDRE DE MOUTARDE RIGOLLOT
POUR USAGE MÉDICAL
Cataplasmes sinapisés - Grands Bains - Bains de Pieds
Vente en Gros : DARRASSE, Phcien, 13, rue Pavée, PARIS
R. C. 17602

Coli-bacilloses et toutes infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe



ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE
DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR



2 médicaments cardiaques essentiels

Restauration du Terrain
pendant, et après
LES MALADIES INFECTIEUSES, LES INTOXICATIONS
Chez tous les asthéniques

VITASCORBOL
(Acide l-ascorbique)

VITAMINE DES RÉPARATIONS CELLULAIRES

VOIE BUCCALE — Comprimés dosés à 0g.05 (TUBES DE 20)
VOIE INTRAVEINEUSE ET PARENTÉRALE — Solution à 5% Ampoules de 1 & 2cc. (BOITES DE 10) / Solution à 10% Ampoules de 5cc. (BOITES DE 3)

— POSOLOGIE —
VOIE BUCCALE — ENFANTS : 1 à 2 comprimés pro die / ADULTES : 2 à 4 comprimés pro die
VOIE PARENTÉRALE — 0g10 à 0g50 pro die

ODETTE ZEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · VIIIe

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL
VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme, un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES - GRIPPE - RHUMATISMES

NOPIRINE
VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boulevard Haussmann — PARIS

LE TRAITEMENT DES ARTHRITES INFECTIEUSES PAR LE CHOC PYRETOGÈNE ASSOCIÉ A LA SULFAMIDOTHÉRAPIE ARTICULAIRE

par M. le professeur L. Rimbaud et M. H. Serre
(*de Montpellier*)

Certaines arthrites infectieuses aiguës, par leur physionomie clinique et par leurs séquelles fonctionnelles, requièrent l'intervention agissante du médecin et souvent du chirurgien. Malheureusement, la thérapeutique la mieux conduite demeure parfois désarmée devant elles. Le succès obtenu dans deux cas nous a poussés à signaler la méthode de traitement employée.

Observation I (rédigée avec la collaboration de A. Delmas). — H..., Jean, 19 ans, ouvrier, entre à la salle Combal le 28 mai 1941, pour arthrite du genou droit.

Le 21 mai, il éprouve des douleurs à la fin de la miction, à type de brûlures et des envies impérieuses d'uriner avec pollakiurie ; pas d'écoulement purulent, pas d'hématurie.

Trois jours plus tard, s'installe une conjonctivite purulente.

Enfin, le 28 mai, apparaît une douleur du genou droit : d'abord légère, elle devient rapidement intolérable et s'accompagne, le soir, d'un gonflement marqué de l'articulation, phénomènes qui motivent l'entrée à l'hôpital.

Pas de gonococcie dans les antécédents ; fièvre scarlatine à 6 ans.

Examen. — Tuméfaction du genou droit dont la peau est chaude, rouge, tendue, parcourue d'une circulation collatérale marquée sur la face interne. Choc rotulien très net. La palpation de l'interligne est douloureuse surtout au bord antérieur et externe du plateau tibial. Tout mouvement est impossible en raison de l'acuité de la douleur ; la moindre tentative de mobilisation arrache des cris au malade. Circonférence du genou droit : 37 cm. (à gauche 34 cm.).

Conjonctivite suppurée bilatérale. Léger suintement urétral.

Température 38°4 ; pouls 96. Tension artérielle : 13 Mx, 6 Mn. Rien à noter à l'examen des autres appareils.

Urines troubles, légèrement purulentes. Azotémie o gr. 22 p. 1.000. Réactions sérologiques de la syphilis négatives. Gonoréaction négative (pratiquée à deux reprises à quinze jours d'intervalle). Prélèvement urétral (30 mai) : présence de pus, flore microbienne très abondante, staphylocoques et diplocoques à Gram négatif mais extra-cellulaires.

Evolution. — Cure de dagénan (6 gr. *ab ore*, puis doses décroissantes : au total 31 gr. en 11 jours). La température demeure aux environs de 38°4, la conjonctivite guérit rapidement, les mictions sont moins douloureuses et moins fréquentes, mais l'état du genou demeure le même. Le 1er juin, au 4e jour du traitement, il est très volumineux, très douloureux, les téguments sont le siège d'une forte inflammation avec circulation veineuse intense, il existe un choc rotulien et surtout une tuméfaction marquée de la bourse séreuse sus-rotulienne ; l'extension passive est devenue possible, mais la flexion est limitée à 90°. Il est apparu une arthralgie du genou gauche avec choc rotulien. La radiographie montre un léger flou articulaire des deux côtés.

On institue le traitement de choc par le dmelcos : injection de 1/4 de cm³ le 4 juin. La réaction est modérée (température à 38°8 : cependant, dès le soir de l'injection, à partir de 16 heures, précise le malade, il ressent un soulagement considérable, tel qu'il peut mobiliser spontanément son genou sans souffrir. Le lendemain matin, *il fait quelques pas sans douleur.* La circulation collatérale s'est affaissée, l'extension complète est possible, la flexion est poussée sans souffrance jusqu'à 30°. Le genou demeure tuméfié (36 cm.).

Le 6 juin, la flexion est à nouveau limitée à 90°. Une nouvelle injection de 1 cm³ de dmelcos provoque un choc violent (fièvre à 39°6 avec réaction focale au genou droit) et détermine une amélioration moins nette. Cependant la fièvre disparaît.

On ponctionne le genou droit d'où s'écoule difficilement 4 cm³ de liquide qui, à l'examen microscopique, se montre purulent mais sans germes visibles. On injecte dans l'articulation 4 cm³ de soluseptazine.

Le lendemain (8 juin), après une phase de souffrance accrue, le malade accuse une amélioration considérable des douleurs, la tuméfaction a nettement diminué. L'extension est possible jusqu'à 170°, la flexion limitée à 80°. Par contre, le genou gauche est très tuméfié, surtout dans la région sus-rotulienne et la température tend à remonter. On note une atrophie des quadriceps : 34 cm. et 33 cm. 5 à 15 cm. au-dessus de la rotule.

Une troisième injection de dmelcos (1 cm³) qui entraîne une vive réaction, procure la sédation des douleurs articulaires. Les genoux sont moins tuméfiés : à droite, circonférence 35 cm., à gauche 34 cm. L'extension est normale, la flexion limitée à 75° des deux côtés. La circulation veineuse a disparu, plus de signe inflammatoire tégumentaire.

Les jours suivants l'apyrexie s'installe définitivement. Ni les signes d'inflammation, ni la douleur ne reparaissent quoique le malade se lève et marche. Il persiste seulement une légère tuméfaction des genoux avec petit choc rotulien et flexion limitée.

Mais, le 16 juin, on assiste à une récidive de la conjonctivite. Il reste encore un suintement urétral dans lequel on voit des diplocoques extra-cellulaires à Gram positif et quelques bacilles à Gram négatif. A cette date, la mobilisation des genoux est absolument indolore, on note seulement une tuméfaction de la bourse sus-rotulienne gauche, la flexion est possible jusqu'à 30° à droite et 35° à gauche.

Enfin évolue, après la conjonctivite, un iritis d'abord à droite, puis à gauche, qui guérit rapidement. Le 26 juin, le malade a pu revenir à pied de l'hôpital Saint-Charles (environ 1 km. 500) sans aucune gêne. La seule anomalie est la persistance d'une légère tuméfaction de la bourse sus-rotulienne droite avec très légère limitation de la flexion. Circonférence du genou : 33 cm. à droite, 32 cm. à gauche. L'atrophie quadricipitale est encore nette : 32 cm. à droite, 34 cm. à gauche au même repère que ci-dessus.

Après traitement physiothérapique (20 séances d'ondes courtes, massage et mobilisation), ces phénomènes articulaires résiduels disparaissent. Le 29 juillet, aucune anomalie morphologique, mouvements d'amplitude normale, l'atrophie a régressé : 36 cm. à droite et 37 cm. 5 à gauche au même endroit. Les phénomènes urétro-vésicaux et oculaires ont complètement disparu. Le malade sort guéri le 6 août 1941.

Observation II (rédigée avec la collaboration de A. Delmas). — K..., Maria, 26 ans, domestique, entre à la salle Grasset, le 19 juillet 1941, pour arthralgies.

Début le 8 juillet par une angine avec adénopathie cervicale sans fièvre ; 48 heures après, la température s'élève et des douleurs dorsales apparaissent. Enfin, la veille de l'entrée, apparition brutale, pendant la nuit, de douleurs vives du genou gauche avec impotence fonctionnelle complète.

Pas d'antécédents notables.

Examen. — Tuméfaction du genou gauche, chaleur locale intense, douleur à la mobilisation, qui est cependant possible, léger choc rotulien, douleur à la palpation des faces latérales un peu au-dessous de l'interligne, au niveau de l'insertion des ligaments latéraux. Les autres articulations sont indemnes.

Température 38°5 et le soir 40°2 avec signes généraux : céphalée, constipation, langue saburrale, tachycardie. Tension artérielle : 12, 5-8.

Urines normales. Azotémie : o gr. 70, puis o gr. 25. Réactions de la syphilis négatives. Gono-réaction négative.

Evolution. — Essai de traitement salicylé : 8 gr. puis 12 gr. de salicylate de soude *ab ore* sans résultat. La température reste entre 38° et 39°. Le genou est très tuméfié surtout dans la région sus-rotulienne, très douloureux spontanément et à la mobilisation, les mouvements sont limités, en particulier la flexion qui ne dépasse pas 90° Au toucher vaginal, on perçoit une masse annexielle droite, du volume d'une mandarine, indolore et l'examen au speculum permet de voir sur le col utérin des érosions métritiques caractéristiques avec pertes chocolat (consultation du service de gynécologie). L'examen du pus utérin ne montre pas de gonocoque, mais de nombreux bacilles à Gram négatif.

Une cure sulfamidée est instituée : dagénan par la bouche, 5 gr. par jour. Après deux jours de traitement, la température atteint encore 39°2 le soir, le genou est très volumineux, très tendu, immobilisé en demi-flexion, les téguments sont rouges, chauds, œdématiés avec circulation veineuse collatérale ; il existe un choc rotulien. Les mouvements passifs sont très douloureux et limités, l'extension à 160°, la flexion à 110°, la mobilisation active est impossible. La mensuration du genou donne 38 cm. à gauche (au bord supérieur de la rotule) et 33 cm. à droite. Le quadriceps s'atrophie : diminution de 2 cm. par rapport au côté sain, à 15 cm. au-dessus de la rotule.

La ponction du genou permet de retirer 75 cm³ de liquide franchement louche, dans lequel l'examen bactériologique ne montre pas de germes ni à l'examen direct, ni par culture ; la gono-réaction avec ce liquide est négative. On injecte dans l'articulation 15 cm³ de soluseptazine. La cure de dagénan *ab ore* est poursuivie à doses dégressives (30 gr. en 9 jours au total). La radiographie montre un léger degré de pincement et un flou articulaire.

L'injection ne provoque aucune réaction locale. La douleur à la pression s'atténue et l'articulation est moins tendue, mais la circulation collatérale est toujours marquée et la mobilisation très

douloureuse et limitée : extension arrêtée à 150° et flexion à 100°. Choc rotulien net. L'atrophie du quadriceps progresse : diminution de 3 cm. 5 par rapport au côté sain. Température à 37°8.

On injecte un demi-centimètre cube de dmelcos. La réaction est vive (température à 39°8) et prolongée (48 heures).

Le lendemain de l'injection (faite dans la soirée), les douleurs spontanées disparaissent complètement, la malade peut dormir pour la première fois depuis l'arrivée. Le 28 juillet, le genou est encore chaud, il existe un choc, mais la rougeur de la peau a disparu, l'articulation est beaucoup moins tendue et moins douloureuse à la mobilisation, qui demeure cependant limitée : extension arrêtée à 150° et flexion à 90°. Circonférence du genou : 37 cm. Le lendemain, la flexion atteint 85°, la peau est plissée, bien moins tendue, la circulation collatérale affaissée.

On réalise ainsi six chocs par injections de dmelcos à doses croissantes : les réactions sont chaque fois très vives (température aux environs de 40° le soir, 38°-38°2 le lendemain soir), mais très bien supportées. L'amélioration progresse régulièrement.

A la fin du traitement, le 16 août, l'apyrexie s'installe définitivement, on note la disparition de tout signe inflammatoire des téguments du genou. Il persiste une tuméfaction au-dessus et au-dessous de la rotule sans choc rotulien. Circonférence du genou : 36 cm. La palpation ne réveille aucune douleur, l'extension est très légèrement limitée, la flexion s'arrête à 70°. Les mouvements actifs et passifs sont indolores. L'atrophie de la cuisse est encore appréciable : diminution de 2 cm. 5 par rapport au côté sain. La marche est reprise normalement sans douleur.

Un traitement physiothérapique (15 séances d'ondes courtes, massage et mobilisation) complète ce résultat : à la sortie de la malade, le 9 septembre, les douleurs n'ont pas reparu même à la marche prolongée, la mobilisation active et passive est normale : extension complète et flexion jusqu'à 30°. Le genou est encore un peu plus volumineux qu'à droite (circonférence du genou : 34 cm. 5 au lieu de 33 cm. à droite) et la cuisse légèrement atrophiée (diminution de 2 cm.).

***

Quelques remarques se dégagent de ces deux observations :

Dans le premier cas, il s'agit d'une arthrite infectieuse des genoux, revêtant la forme pseudo-phlegmoneuse d'un côté et hydarthrodiale de l'autre. Elle s'associe à une urétro-cystite et à une conjonctivite suppurée, compliquée dans la suite d'iritis. La nature de l'infection demeure mal précisée. Le tableau clinique suggère, évidemment d'emblée, l'idée d'une gonococcie, mais d'une part le malade nie énergiquement tout antécédent blennorragique et même toute possibilité de contamination, d'autre part le laboratoire reste imprécis : le prélèvement urétral ne renferme pas de gonocoque, le pus articulaire est en apparence stérile et la gono-réaction, deux fois à quinze jours d'intervalle, se montre négative.

Quoi qu'il en soit, dans cette infection à déterminations multiples, on note une remarquable discordance entre l'action nette du dagénan *ab ore* sur la conjonctivite et la cystite, et son échec total vis-à-vis des localisations articulaires. On voit même apparaître la deuxième arthrite en pleine cure sulfamidée (31 gr. en 11 jours).

Par contre, l'association du choc pyrétogène et de la sulfamidothérapie intra-articulaire assure une guérison rapide et sans séquelles. En quelques heures, la première injection de vaccin anti-chancrelleux rend possible la mobilisation du genou jusque-là si douloureux que toute tentative de déplacement arrachait des cris au malade : la sédation est si complète qu'il arrive même à faire quelques pas sans souffrir. L'amélioration est entretenue puis complétée par de nouveaux chocs et par la ponction articulaire suivie de l'injection *in situ* de soluseptazine. A noter que l'arthrite du genou opposé, d'ailleurs moins grave, cède à la seule dmelcothérapie.

Enfin la physiothérapie achève la récupération fonctionnelle qui est complète au départ du malade. Les phénomènes inflammatoires ont pratiquement disparu au douzième jour du traitement de choc et la guérison fut obtenue au deuxième mois.

La deuxième observation a trait à une arthrite infectieuse du genou à forme pseudo-phlegmoneuse. Ici, encore, la nature de l'infection n'est pas précisée par le laboratoire et, cependant, l'association de cette arthrite et d'une métrite chez une femme jeune est en faveur d'une gonococcie. La gono-réaction est négative dans le sang et le liquide articulaire ; on ne voit pas de gonocoque dans le pus utérin ni dans le liquide louche retiré du genou.

Dans ce cas encore, on note l'échec du dagénan par la bouche (30 gr. en 9 jours), l'action favorable mais partielle de la ponction du genou suivie d'injection articulaire de soluseptazine, l'efficacité remarquable du choc pyrétogène. Seule l'injection de dmelcos, apaisant les douleurs spontanées, procure le sommeil à la malade qui souffre atrocement depuis huit jours. Vingt jours après le début de la cure, les phénomènes inflammatoires ont disparu, la mobilisation est indolore mais encore limitée. La physiothérapie complète la guérison en assurant une récupération fonctionnelle parfaite, un mois et demi après le début du traitement de choc.

Au total, deux arthrites infectieuses graves à forme pseudo-phlegmoneuse, avec liquide articulaire louche ou franchement purulent, ont été guéries rapidement et sans séquelles par la dmelcothérapie associée à l'injection articulaire de sulfamide. Dans les deux cas, la sulfamide *ab ore*, pourtant à doses suffisantes, a totalement échoué.

Cette *inefficacité des sulfamides par voie buccale* nous la retrouvons chez quatre de nos malades récemment observés et atteints soit de polyarthrite gonococcique aiguë, soit d'arthralgies blennorragiques, soit enfin de polyarthrites infectieuses chroniques (deux cas), tous améliorés ou guéris par le choc.

Si l'on parcourt la littérature, on voit que les opinions sont très partagées sur cette question. A côté de quelques résultats très brillants ou seulement favorables (Favre et ses collaborateurs, Dufour, Lepinay, Polano, Worms, Sebileau) beaucoup d'échecs sont signalés, et ils ne représentent très certainement qu'une partie des insuccès (Pautrier et Laugier, Durel, Layani). L'impression retirée de cette lecture est que l'efficacité de la sulfamidothérapie par voie orale (1162 F et 693) sur les arthrites infectieuses, en particulier gonococciques, demeure très incertaine. Peut-être le thiazomide à hautes doses donnera-t-il de meilleurs résultats, comme semble le faire prévoir l'observation de MM. Riche, Aussiloux et Gros, qui l'ont d'ailleurs associé à l'immobilisation plâtrée dans une arthrite gonococcique pseudo-phlegmoneuse.

Quelques auteurs ont signalé *les bons effets de la sulfamidothérapie articulaire* : Cain, Cattan et Arnous améliorent rapidement une arthrite gonococcique par le 1162 F articulaire, après échec par voie buccale. Coste, Gaucher et Morin obtiennent de bons résultats par l'injection régionale de sulfamides, soit à l'intérieur, soit au voisinage des articulations enflammées dans le « rhumatisme blennorragique » et même dans diverses polyarthrites chroniques.

La méthode thérapeutique que nous proposons, associant *l'activité antimicrobienne locale de la chimiothérapie sulfamidée et l'action anti-infectieuse générale et spécifiquement articulaire du choc pyrétogène*, nous paraît convenir particulièrement au traitement des arthrites infectieuses aiguës ou subaiguës, surtout dans leurs formes graves.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 25 février 1942. — Jury : MM. Troisier, Bénard, Portes, Brouet. — M. Hannequin. Contribution à l'étude de la calcification du ligament ilèo-lombaire et de son traitement par la radiothérapie. — M. Valton. Contribution à l'étude de la valeur fonctionnelle des utérus doubles.

Jeudi 26 février 1942. — Jury : MM. Tanon, Gougerot, L. Binet, Velter. — M. Moisson. Action anatomo-physiologique de l'explosif de guerre. — Mme Tétart. Gono-réaction de floculation à la gonacrine. Réaction de Trautmann. — M. Piffault. Interprétation des radiographies du plancher du sinus maxillaire.

THESES VETERINAIRES

Jeudi 26 février 1942. — 1° Jury : MM. Tanon, Vuillaume, Drieux. — M. Auffret. L'amélioration de la production hygiénique du lait dans le département du Finistère.

2° Jury : MM. Polonovski, Létard, Maignon. — M. Charles. Les pulpes, résidus industriels, dans l'alimentation du bétail.

BILE DÉCHOLESTÉRINÉE ET DÉPIGMENTÉE

AVEC OLÉATE DE SOUDE

L'oléate de soude, qui suffit à produire une dissolution des calculs, ne peut à lui seul exercer la chasse de bile nécessaire qui doit entraîner au dehors la boue biliaire qui en résulte. C'est pour cette raison que nous donnons en même temps que lui de la bile décholestérinée et dépigmentée, par conséquent incapable de produire de nouveaux calculs, et tout à fait dépourvue de toxicité. Cette bile exerce une action stimulante sur la sécrétion biliaire et produit la chasse indispensable pour l'élimination des boues cholestériques au dehors. Par ce mélange médicamenteux auquel nous avons donné le nom de **BILIFLUINE**, l'oléate de soude acquiert une efficacité toute particulière, et nous avons vu par son emploi prolongé les crises de coliques hépatiques disparaître complètement chez des sujets qui en avaient à répétition et, avec elles, tous les symptômes pénibles qui existaient dans leurs intervalles. Dans les cas de crises subintrantes, nous avons noté la sédation, puis la disparition rapide des phénomènes douloureux, ce qui indique que l'action ds la **BILIFLUINE** se produit relativement vite.

En utilisant la **BILIFLUINE** chez les sujets qui présentent les petits signes prémonitoires de la colique hépatique que nous avons énumérés plus haut, nous avons toujours réussi à prévenir cette dernière et à rétablir l'intégrité de la santé. Il n'est pas osé de dire que la lithiase est enrayée complètement dans son évolution, car nos observations, jointes à celles extrêmement nombreuses reçues de nos confrères, le prouvent de façon évidente.

Contre l'ictère, sous ses diverses formes, mais en particulier contre l'ictère catarrhal l'action thérapeutique est la même.

Les états congestifs du foie, si souvent liés à une sécrétion biliaire viciée, sont également améliorés par l'action cholagogue si puissante de la **BILIFLUINE** ; non seulement ceux qui sont liés à un mauvais état de l'intestin ou à une alimentation vicieuse, mais aussi ceux qui sont sous la dépendance d'une cirrhose en évolution. Par elle, tout l'élément pathologique tenu sous la dépendance d'une élaboration vicieuse de la bile disparaît, ce qui soulage d'autant le travail du foie. Même résultat dans bien des cas d'insuffisance hépatique.

En résumé, la **BILIFLUINE** bénéficie de l'heureuse association de l'oléate de soude, qui dissout la cholestérine, et de la bile décholestérinée et dépigmentée, qui active la chasse biliaire. *Cette double action, dissolvante et cholagogue,* caractérise ce produit et précise ses indications dans toutes les formes de lithiase biliaire, dans les ictères et dans les diverses variétés de congestion du foie.

Laboratoires « STÉNÉ »

77, rue d'Allier - MOULINS (Allier)
pour la zone occupée

Villa-Rose, quai du Halage - La Madeleine (Allier)
pour la zone libre

2 *bis*, Place des Vosges - PARIS (4e)

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE
PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPHATIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, R. NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Tumeurs de la glande pinéale

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Les tumeurs de la glande pinéale ne sont pas rares. Dans la majorité des cas, elles sont curables, grâce à la radiothérapie, à condition qu'elles aient été reconnues de bonne heure. Ce diagnostic, pourquoi le réserver aux seuls spécialistes ? Tout praticien doit être capable de le faire, si l'on a pris soin, au préalable, d'éclairer sa lanterne.

***

Pour commencer, quelques notions d'anatomie. La glande pinéale est un petit corps impair et médian, qui occupe la partie postéro-supérieure du 3e ventricule. Située au-dessous du bourrelet du corps calleux, elle se trouve au-dessus et en arrière du pédoncule cérébral, dont elle n'est séparée que par l'aqueduc de Sylvius, et en avant comme au-dessus des tubercules quadrijumeaux antérieurs.

Ajoutons, et nous verrons bientôt l'intérêt de cette notion, que le 3e ventricule est fermé, en avant, par la lame sus-optique, lame triangulaire à base inférieure, à sommet supérieur, qui relie la face supérieure du chiasma à la partie inférieure de la commissure blanche antérieure (1) : il suffit, pour la découvrir, de soulever les lobes frontaux et de repérer le chiasma. Une coupe vertico-médiane du cerveau et du cervelet, telle qu'on la trouve dans tous les traités classiques, suffira à éclairer cette description sommaire.

Dans la symptomatologie des tumeurs épiphysaires, deux ordres d'éléments :

Les uns, liés à l'hypertension intracranienne : céphalée, vertiges, vomissements à type cérébral, stase papillaire, n'ont rien de spécial et méritent une simple mention.

Les autres, de *localisation*, sont infiniment plus importants. La plupart sont en rapport avec la compression du pédoncule cérébral, et plus particulièrement encore, l'étage supérieur ou calotte de ce pédoncule. Ce sont, par ordre de valeur :

La *paralysie verticale du regard*, portant aussi bien sur les mouvements automatiques et réflexes que sur les mouvements volontaires, c'est-à-dire l'impossibilité, pour l'œil, de se porter en haut ou en bas, et souvent associée à la paralysie de la convergence, ce *syndrome de Parinaud* (1883), dont MM. Alajouanine et Thurel ont parfait l'étude en 1931, semblant lié à une lésion de la calotte et de la région quadrigéminale et, plus exactement encore, à l'atteinte des noyaux de Darkschewitch et de Cajal, situés dans la paroi du 3e ventricule, et où prend son origine le faisceau longitudinal postérieur, cheminant au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, et chargé, ainsi qu'on sait, de relier les nerfs craniens d'un côté : 1° avec ceux du même côté ; 2° avec ceux du côté opposé, qu'ils soient moteurs, sensitifs ou sensoriels ;

La *suppression du réflexe pupillaire à la lumière, avec conservation du même réflexe à l'accommodation* : l'association de ce *signe d'Argyll-Robertson* au signe précédent doit faire penser, non à la syphilis, mais à une tumeur pinéale (R. Thurel) (2) ;

La *déviation de celui des globes oculaires qui siège du même côté que le pédoncule cérébral lésé*, ce globe oculaire étant en adduction et abaissé par rapport à l'autre (*phénomène de Hertwig-Magendie*), signe qui, sans doute, est passible de la même explication que le syndrome de Parinaud (J. Lhermitte) ;

L'*inégalité pupillaire* ;

Les *mouvements involontaires*, uni ou bilatéraux, rythmiques ou non, et, dans le premier cas, pouvant évoquer l'idée de mouvements choréiques, comme dans une observation de MM. Dufour et Thurel ;

La *somnolence* ;

Les *troubles psychiques : hallucinations auditives et visuelles*, avec leur aboutissant, l'*onirisme*, dont, à la suite des recherches de M. J. Lhermitte (1923), on sait la valeur localisatrice : elles relèvent souvent, en effet, d'une lésion de la calotte ; lenteur de l'idéation ; euphorie, jovialité, avec tendance à faire des calembours (*moria* des spécialistes) ; impossibilité de fixer l'attention ; désorientation dans le temps et dans l'espace (Thurel) ; dépression mélancolique avec idées de suicide (Dufour) ;

Le *ralentissement du pouls* ;

La *surdité*, liée sans doute à une lésion intéressant le bord de la calotte, à l'endroit où elle va rejoindre le pied du pédoncule cérébral : c'est là, en effet, que chemine le faisceau acoustique central ; et souvent — mais non toujours — chez l'enfant, un développement anormal des organes sexuels (*macrogénitosomie*) et des fonctions correspondantes.

Comment, avec ces données, arriver au diagnostic ?

En se rappelant que les éléments du syndrome précédent signifient lésion de la calotte et doivent toujours faire penser à la possibilité d'un néoplasme de l'épiphyse, même en l'absence de tout symptôme d'hypertension intracranienne (R. Thurel) ;

En tenant compte des bons résultats de la radiothérapie, argument qui n'a qu'une valeur relative, toutes les tumeurs épiphysaires n'étant pas radio-sensibles (Id.) ;

Et, surtout, *en pratiquant la ventriculographie*. On sait qu'après injection dans un ventricule latéral normal, l'air pénètre par le trou de Monro dans le ventricule moyen et, par son intermédiaire, dans le 4e ventricule, d'une part, dans l'autre ventricule latéral, de l'autre, et que, de profil, le ventricule moyen apparaît comme une poche à grand axe antéro-postérieur, limitée, à sa partie antérieure, par le trou de Monro, qui le sépare du ventricule latéral, se continuant, en bas et en arrière, avec l'aqueduc de Sylvius, et dans la paroi postérieure de laquelle bombe l'épiphyse, limitant, au-dessus et au-dessous d'elle, deux recessus sus et sous-épiphysaires.

En cas de tumeur épiphysaire, on note :

1° Un *blocage de l'aqueduc de Sylvius*, avec distension des cavités ventriculaires situées en amont ;

2° Une *déformation de la paroi postérieure du 3e ventricule*, avec élargissement de l'encoche pinéale ;

3° A un degré plus avancé, *une amputation de toute cette paroi* suivant une courbe à concavité postérieure (R. Thurel).

Une seule cause d'erreur en présence d'une image anormale du 3e ventricule : le refoulement de la partie postérieure de cette cavité par le cervelet qui s'est engagé entre la tente cérébelleuse et la calotte pédonculaire (Cl. Vincent et Le Beau), mais, dans ce cas, la paroi postérieure du 3e ventricule, au lieu d'être amputée, est refoulée en avant et en haut, si bien que le grand axe du ventricule, au lieu d'être horizontal, se dirige en avant et en bas (Id.). « La discrimination est importante, puisque la conduite « à tenir n'est pas la même dans les deux cas, l'engagement du « cervelet sous la tente étant le fait d'une tumeur du cervelet et « celle-ci devant être enlevée par trépanation de la fosse posté- « rieure » (R. Thurel).

Le traitement ne doit, en aucun cas, consister en l'ablation de la tumeur, trop profonde pour pouvoir être extirpée en totalité. Sommes-nous donc désarmés ? Nullement, à condition que le diagnostic ait été précoce. Il suffit alors, s'il s'agit de pinéalôme, comme c'est le cas le plus fréquent, de s'adresser à la radiothérapie profonde, en rappelant au spécialiste « la nécessité d'agir « vite, avec le maximum d'intensité compatible avec la tolérance « des tissus, et de façon prolongée » (R. Thurel).

La tumeur n'a-t-elle pas été reconnue à temps, la situation est beaucoup moins favorable, et ce, pour plusieurs raisons :

a) Rapidité d'accroissement : le pinéalôme est une tumeur très évolutive qui, rapidement, comprime les parois du 3e ventricule, d'une part, le tronc cérébral, de l'autre, riches, celles-là comme celui-ci, en centres vitaux ;

b) Elle n'est pas longue à essaimer, par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien, et à créer des métastases localisées au névraxe, et que permettent de soupçonner la lymphocytose et une forte hyperalbuminose de ce liquide ;

c) La radiothérapie est d'autant moins efficace que plus tardive.

C'est dans ces cas que, pour diminuer l'hypertension ventriculaire résultant du blocage de l'aqueduc de Sylvius, on procédera à l'incision de la lame sus-optique (1), opération simple pour le spécialiste et que l'on peut, afin d'éviter une décompression trop brutale, faire précéder de la mise en place, dans un des ventricules latéraux, d'une sonde lacoïde par laquelle on laissera écouler une petite quantité de liquide (de Martel). L'hypertension intracranienne ne survit pas à la rupture de la lame sus-optique, laquelle donne ainsi à la radiothérapie le temps d'agir (R. Thurel).

(1) Cf. Le schéma de M. J. Guillaume, dans son article : L'ouverture de la lame sus-optique. *Presse Médicale*, n°s 40-41, 7-10 mars 1941, p. 501.

(2) R. Thurel. Tumeurs de la région pinéale ; fréquence et polymorphisme clinique ; traitement combiné : chirurgical (incision de la lame sus-optique) et radiothérapie. *Revue Neurologique*, t. 73, n°s 3-4, 1941, p. 97-108.

(1) R. Thurel. Les indications thérapeutiques de l'incision de la lame sus-optique. *Revue Neurologique*, t. 73, n°s 3-4, mars-avril 1941, p. 108-114. — J. Guillaume, *op. cit.* — Dechaume.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 3 mars 1942

Décès de M. Strauss. — M. le Président fait part du décès de M. Paul Strauss, ancien ministre de l'Hygiène, membre libre depuis 1909, décédé à Hendaye à l'âge de 90 ans.

Notice nécrologique. — M. Brindeau lit une notice sur M. Voron (de Lyon), récemment décédé.

Le contrôle médical. — La commission du contrôle présente les conclusions de M. Balthazard qui peuvent se résumer ainsi :

L'Académie estime que le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine a méconnu la loi sur les accidents du travail lorsqu'il a décidé que les médecins contrôleurs doivent être choisis par lui.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine n'a pas qualité pour prendre une semblable décision.

La discussion amène à la tribune MM. Rist, Lemierre, Laubry, Hartmann et Balthazard.

M. Rist dépose un *amendement* ainsi conçu : l'Académie estime en conséquence que les compagnies d'assurances et les médecins contrôleurs qui contestent le bien-fondé de la récente décision du Conseil de l'Ordre de la Seine seront bien inspirés en faisant appel de cette décision devant la juridiction compétente, à savoir le Conseil Supérieur de l'Ordre National des Médecins.

L'amendement de M. Rist est adopté au scrutin secret par 53 voix contre 10, puis les conclusions de M. Balthazard sont adoptées à mains levées.

L'isolement en cas d'épidémies. — Sur un rapport de M. Tanon, l'Académie demande au Gouvernement qu'un décret soit pris pour autoriser les préfets, sur simple avis du directeur régional, à ordonner l'isolement d'office dans un hôpital ou dans une maison de santé de toute personne qui, atteinte d'une maladie épidémique contagieuse, ne serait pas soumise, à domicile, à un isolement rigoureux.

L'Ordre des Médecins et le secret professionnel. — M. Balthazard.

Recherches fonctionnelles et biochimiques sur des personnes âgées. Leurs besoins alimentaires. — MM. Léon Binet et Paul Castaigne, Mlle Madeleine Bochet viennent de soumettre à des investigations hématologiques, fonctionnelles et biochimiques, onze sujets dont l'âge allait de 71 à 86 ans. Ils ont enregistré chez la plupart une chute considérable du poids ; on trouve, en outre, chez tous les sujets explorés une forte diminution de la force musculaire (force de pression). En opposition à cette déficience musculaire, on peut observer une intégrité parfaite des fonctions cérébrales. Les auteurs se sont attachés à mesurer avec soin les combustions tissulaires de leurs sujets et fixent l'attention sur la *dépense de fond*. Chez les sujets âgés examinés ici, on trouve une dépense de fond dont la valeur moyenne est de 1.100 calories. Que devient un pareil organisme qui ne reçoit, à Paris, qu'une ration alimentaire de 1.050 calories ? Le sujet âgé, du fait de sa fatigabilité, du fait de sa faible résistance au froid, est celui qui souffre le plus des conditions actuelles du ravitaillement.

Le lait anonyme et le lait de qualité. — M. G. Thieulin. — Le lait provenant des étables des « laitiers-nourrisseurs » situées dans le département de la Seine, présente, en général, plus de garanties hygiéniques que le lait anonyme, dit « pasteurisé », vendu dans ce département, ainsi qu'en témoignent les opérations de contrôle effectuées par le Service de l'Inspection Vétérinaire.

Contrairement à ce qui devrait être, ce lait meilleur est en voie de disparition, en raison de son prix de revient élevé ; en outre, un arrêté ministériel, en date du 2 décembre 1941, vient d'aggraver la situation : le lait anonyme, « lait pasteurisé standard », dont le taux de matière grasse par litre a été abaissé à 30 grammes, est vendu, dans le département de la Seine, 2 fr. 90 (soit une augmentation réelle de 80 centimes par rapport au prix précédent), tandis que le lait des laitiers-nourrisseurs, « lait entier » (à 36-38 grammes de matière grasse), est vendu 3 fr. 10 (augmentation de 20 centimes).

Le consommateur est la dupe de ce regrettable état de choses qui tend au nivellement par le bas.

Election. — MM. Robert Pierret (de La Bourboule) et Laigret (de Tunis) sont élus correspondants nationaux dans la 3e division (Hygiène).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 février 1942

Deux cas de rupture traumatique de l'artère axillaire. — MM. Chauvenet et Daraignez. — M. Sénèque rapporte ces deux observations ; dans la première, il existait au 17e jour une thrombose très étendue de l'artère axillaire au-dessous de la rupture ; désarticulation de l'épaule. Dans la deuxième, la double ligature amène la guérison. Dans ces deux cas la rupture semble avoir été secondaire à la réduction. M. Sénèque rappelle combien il faut être prudent au cours des manœuvres de réduction.

M. Wilmoth a eu un cas de succès après ligature de l'artère et résection de la veine.

De l'action des plaques en métal pur appliquées sur des plaies traînantes. — M. Chevallier. — M. Ménégaux rapporte ce travail basé sur trois observations : deux améliorations considérables, un échec.

Méniscite et luxation temporo-maxillaire unilatérale récidivante. Guérison par infiltration du sympathique périartériel. — M. Decnaume. Rapport de M. Ménégaux sur ces trois observations.

Iléo-colo-recto-plastie. — M. Bergeret a eu l'occasion de faire cette opération chez une femme opérée huit mois auparavant pour un rétrécissement du rectum (résection colo-rectale faite par voie abdominale). Il insiste sur l'adaptation étonnante de l'anse grêle qui se dilate pour former une véritable cavité rectale de 3 cm. de diamètre.

Traitement du cancer du col de l'utérus. — Mme Simone Laborde reprend l'étude des résultats observés à l'Institut du cancer ; pour les cas I 66 % de guérison (mais cette série ne comporte que 57 cas). Parmi les causes des échecs, Mme Laborde retient surtout les récidives pelviennes ou ganglionnaires.

L'évolution des récidives pelviennes s'échelonne parfois sur plusieurs années mais elles s'observent toujours dans les cinq premières années après le traitement ; l'association de la rœntgenthérapie a amélioré considérablement les résultats. Dans les cas II 48 % de guérison et 31 % dans les cas III.

L'électrocoagulation locale de la lésion est susceptible de déterminer une radiorésistante, aussi Mme Laborde l'a-t-elle peu utilisée.

Il ne semble pas qu'on puisse trouver grands renseignements sur la radiorésistance probable des cancers cervico-utérins de leur étude histologique ; les types histologiques purs sont d'ailleurs très rares ; les échelles de radiosensibilité établies en Amérique sont sans valeur.

Au demeurant, le degré d'extension locale reste le meilleur critérium pour étayer un pronostic.

M. Lambret est partisan de la radiumthérapie ; mais chez les femmes au-dessous de 40 ans, l'auteur associe chirurgie et radiothérapie.

M. Douay apporte les résultats d'une série de 21 cas de Wertheim suivis en ville ; les ganglions n'ont été enlevés que six fois. Il estime que l'idée théorique de l'envahissement ganglionnaire ne doit pas peser sur l'étendue du délabrement chirurgical ; M. Douay n'enlève les ganglions que s'ils sont palpables. Les grands évidements augmentent les chances de nécrose de l'uretère. 14 guérisons sur 20 cas, soit 60 % de guérison.

M. Douay expose le détail de ses observations.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 février 1942

Comparaison entre l'épreuve de concentration urinaire en présence de pituitrine chez le sujet normal et chez le diabétique insipide. — MM. Raoul Kourilsky, Mlle Corre et M. Herveux ayant recherché la concentration urinaire d'un sujet normal en régime hypo, puis hyperchloruré, soumis à l'injection de pituitrine, constatent que le chiffre de concentration obtenu chez le sujet normal est à peine plus élevé que celui d'un malade atteint de diabète insipide soumis à la même épreuve. Ce résultat n'est pas en faveur d'un trouble de la concentration urinaire dans le diabète insipide. D'autre part, l'étude de la concentration uréique montre que, en régime hypoazoté (et déchloruré) la concentration uréique est élevée, alors qu'elle est basse en régime hyperazoté mais salé. Cette anomalie tient à l'action de la chloruration qui augmente la fréquence et l'importance des mictions.

Traitement du kala-azar par un produit non stibié diamidinobiphenotypentane. — MM. Paul Giraud, René Bernard et Revol (Marseille). — Les cas d'intolérance à la médication stibiée du kala-azar étaient assez fréquents.

La médication proposée, que l'on injecte par voie musculaire à la dose de 1 à 2 milligr. par kilogr., par séries de 15 à 20 piqûres, s'est montrée aussi efficace et mieux tolérée que l'antimoine.

Plusieurs cas de variole récents. — M. Flandin rapporte que dans son service de Saint-Louis il a récemment observé trois cas certains de variole dont il semble qu'on puisse trouver une petite épidémie en ce moment et demande, à ce sujet, que la vaccination soit étendue le plus possible, notamment sur les malades en traitement, le personnel médical et infirmier.

tonique "roche"

toni-stimulant complet

élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.

phosphore · strychnine
arsylène · manganèse

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie — 10, Rue Crillon — PARIS

RHINAMIDE



CHIMIOTHÉRAPIE SULFAMIDÉE LOCALE
DES INFECTIONS AIGUËS ET CHRONIQUES DU
RHINO-PHARYNX

CORYZAS-RHINITES-ADÉNOÏDITES
RÉACTIONS SINUSIENNES - GRIPPE

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES INFECTIONS ÉPIDÉMIQUES

EN INSTILLATIONS ET PULVÉRISATIONS FRÉQUENTES

LITTÉRATURES ET ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES A. BAILLY — 15, RUE DE ROME — PARIS 8e



laxatifs doux

par leurs extraits végétaux (sans drastiques)

cholagogues

par leurs extraits opothérapiques

les comprimés de

MUCINUM

réalisent une médication parfaite
contre la constipation

1/2 à 2 comprimés par jour

FORMULE
Association de poudre et extraits végétaux (sans drastiques), d'opothérapiques et de dihydroxyphtalophénone.

INNOTHÉRA

MODE D'EMPLOI
1/2 à 2 comprimés par jour

Laboratoire CHANTEREAU (ARCUEIL-PARIS)

L'aspect radiologique des ostéo-arthropathies hémophiliques. — M. Maurice Lamy. — Dans deux cas observés chez des jumeaux dizygotes décrit l'aspect radiographiques des lésions articulaires et osseuses qui surviennent chez les hémophiles.

Les lésions des genoux, des coudes et des épaules sont les plus nettes. Elles sont de quatre types : 1° Erosions des surfaces articulaires associées ou non à des productions ostéophytiques ; 2° Déformation des épiphyses par ostéomalacie, un élargissement transversal à la hauteur du coude ; 3° Epaississements périostés se présentant sous l'aspect de véritables lamelles remontant au-devant des diaphyses ; 4° Zones de raréfaction osseuse occupant les épiphyses.

L'existence de ces images radiographiques montre qu'il s'agit d'un processus beaucoup plus diffus dans lequel l'hémorragie de l'os joue un rôle essentiel. L'arthropathie hémophilique est une ostéo-arthropathie.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 18 janvier 1942

Troubles cardiaques et modifications électrocardiographiques dans deux cas de néphrite aiguë. — MM. G. Marchal, Le Loc'h et Rouault rapportent deux observations de néphrite aiguë, accompagnée de troubles cardiaques. Chez la première malade, l'insuffisance ventriculaire gauche se traduisait par un rythme de galop. L'électrocardiogramme montrait une sorte d'anarchie ventriculaire limitée au segment S T. ; et sur les tracés suivants une inversion de T1 et de T4, qui a régressé en quatre mois.

Chez la seconde malade, une poussée d'hypertension artérielle s'est accompagnée d'œdème pulmonaire aigu durant la première semaine ; alors que les troubles cliniques disparaissaient, les altérations électrocardiographiques se développaient (type T1), puis régressaient en sept semaines.

Expansion systolique de l'oreillette gauche mise en évidence par la radiokymographie (contribution à l'étude de l'insuffisance mitrale). — MM. Routier et Heim de Balsac.

Intérêt du dosage du fibrinogène du sang pour le diagnostic des endocardites aiguës. — MM. C. Lian, J. Facquet et R. Le Bozec qui étudient depuis plusieurs années, avec Sassier, le dosage pondéral du fibrinogène sanguin à l'état normal et pathologique, relatent les résultats obtenus dans le rhumatisme articulaire aigu et dans les endocardites malignes à évolution lente.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, qu'il s'agisse ou non de la première poussée, qu'il y ait ou non une localisation endocardique aiguë, la fibrinémie est, en général, fortement augmentée, conformément à la notion classique. L'augmentation est parallèle à l'importance de la réaction fébrile. Sur quinze rhumatisants dont la température atteignait ou dépassait 38°, la fibrinémie qui est, chez les sujets sains, comprise entre 4 et 5 gr. par litre, dépassait 8 gr. dans quatorze cas et 10 gr. dans neuf cas. Dans un cas seulement la fibrinémie était de 7 gr.

A ces résultats s'opposent ceux trouvés dans les endocardites malignes à évolution lente où, dans sept cas sur neuf, la fibrinémie a été trouvée normale. Dans deux cas seulement la fibrinémie était légèrement supérieure à la normale, entre 6 et 7 gr.

Les auteurs soulignent l'intérêt de ces constatations pour le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu et de l'endocardite oslérienne. Chez un cardiaque valvulaire ayant une température atteignant ou dépassant 38°, une fibrinémie atteignant ou dépassant 8 gr. est en faveur d'une poussée rhumatismale. Dans les mêmes circonstances, une fibrinémie normale ou peu augmentée est en faveur de l'endocardite oslérienne.

Lorsque la température est inférieure à 38° la fibrinémie est bien moins significative car, dans ces conditions, elle est souvent peu augmentée dans le rhumatisme articulaire aigu.

Physiopathologie du souffle continu cave supérieur. — MM. Ch. Laubry, P. Soulié et Brault apportent un document anatomique important pour la physiopathologie du souffle continue cave supérieur. Chez une femme de 73 ans, présentant deux poches anévrysmales aortiques, apparaît brusquement un syndrome de la veine cave supérieure (œdème en pèlerine, circulation collatérale, bouffissure de la face). Aux 2e et 3e espaces intercostaux droits : souffle continu systolo-diastolique, se terminant en écho dans la diastole. La mort survient au 15e jour, dans un état cyanotique intense. A l'autopsie, deux ectasies : l'une de la portion initiale de l'aorte, l'autre de la partie terminale de la thoracique descendante. La première poche lamine la veine cave supérieure, qui est plaquée sur elle et fortement diminuée dans son calibre. Un orifice de 3 millim. de diamètre fait communiquer l'aorte et la veine cave.

Les auteurs concluent qu'il existe probablement deux mécanismes possibles du souffle continu cave supérieur. La compression et l'étirement expliquent les souffles perçus pendant plusieurs mois ou années. La communication aorto-cave explique les souffles d'apparition brutale avec développement rapide et mortel du syndrome cave supérieur.

Troubles auriculaires polymorphes dans un cas de rhumatisme articulaire aigu. — M. F. Joly.

Cardiomégalie et péricardite dans le myxœdème. — MM. R. Garcin, J. Lenègre, J.-J. Welti et J. Salet. — Une femme de 51 ans est atteinte depuis six ans d'un myxœdème acquis de la ménopause (métabolisme basal diminué de 25 %). Bien qu'il n'existe aucun signe fonctionnel ni stéthacoustique d'insuffisance cardiaque, l'électrocardiogramme montre un microvoltage de tous les accidents électriques, et l'examen radiologique révèle l'existence d'une de ces cardiomégalies considérables qui représentent une des modalités du cœur myxœdémateux. La ponction du péricarde faite en pleine matité dans le 3e espace intercostal gauche ramène 150 cm³ d'un liquide citrin, à Rivalta négatif, hyperalbumineux (65 o/oo) ; l'examen cytologique montre une formule mixte. Il a été pratiqué des inoculations au cobaye et des ensemencements sur milieux appropriés pour éliminer la coïncidence d'une péricardite tuberculeuse. Après la ponction, qui n'a évacué qu'une partie de l'épanchement, l'ombre cardiaque a beaucoup diminué, et ses battements sont devenus beaucoup plus amples. Il a pu être constaté la coexistence d'un petit épanchement pleural gauche.

Cette observation n'est pas unique. On trouve dans la littérature américaine mention de plusieurs cas de péricardite myxœdémateuse guéris par l'opothérapie thyroïdienne. Ainsi peut-on ouvrir à nouveau le débat sur la nature jusque-là bien mystérieuse des très gros cœurs myxœdémateux qui correspondent probablement, tout au moins pour une large part, à des épanchements péricardiques latents. On sait d'ailleurs que l'insuffisance thyroïdienne, tant humaine qu'expérimentale, s'accompagne souvent d'épanchements dans les séreuses (plèvre, péritoine, péricarde). L'existence d'une péricardite myxœdémateuse n'exclut d'ailleurs pas la participation du myocarde à la maladie, attestée par des observations de troubles cliniques divers et électrocardiographiques (bas-voltage) sans qu'il y ait hypertrophie cardiaque considérable. Il faudra seulement penser à la péricardite et pratiquer la ponction du péricarde chaque fois que l'on constatera chez les myxœdémateux ces cardiomégalies monstrueuses que l'atonie myocardique, ou l'infiltration hydrique et myxœdémateuse du myocarde ne suffisent pas à expliquer de façon satisfaisante.

SOCIETE D'ETUDES SCIENTIFIQUES DE LA TUBERCULOSE

Réunion de la zone non occupée

Séance du 25 octobre 1941

tenue à l'Hôtel-Dieu de Lyon

Le drainage endo-cavitaire seul ou associé à la thoracoplastie. Résultats et enseignement de deux ans d'expérience. — MM. Dumarest, Brette, Germain, Acquaviva et Marcel Berard (Hauteville) présentent les résultats de deux ans d'expérience de l'aspiration seule ou associée à la thoracotomie. Au point de vue quantitatif, sur quarante cas traités, le drainage seul a fourni cinq succès, le drainage associé avant ou après la thoracoplastie a donné dix succès. Au point de vue qualitatif, quelques-unes des observations présentées attestent indubitablement que l'aspiration seule ou associée aux autres méthodes de collapsothérapie permet de sauver des existences sans elle irrémédiablement condamnées.

Observations de volumineuses cavernes traitées par drainage et aspiration endo-cavitaire. — M. H. Joly (Passy) présente les observations de six malades. Dans deux cas il s'est agi de lésions très graves et le résultat a été nul. Dans deux autres cas, un résultat immédiat et complet a été obtenu par aspiration seule. Les deux autres observations comprennent un résultat excellent après thoracoplastie d'association et un résultat immédiat complet après aspiration d'une caverne résiduelle sous thoracoplastie.

La spéléoscopie au cours du drainage cavitaire. — M. E. Sivrière (Passy). — Pour diriger le traitement des cavernes par la méthode de Monaldi, l'auteur emploie le contrôle de la vue. Il décrit un appareil conçu il y a deux ans, adapté à la vision dans les cavités de petit diamètre, qui peut être utilisé avec le trocart employé pour le drainage.

Remarques sur le drainage de cavernes avec aspiration après un an et demi de pratique. Indications et contre-indications. — M. A. Marmet (Saint-Hilaire-du-Touvet). — Les résultats des drainages endo-cavitaires sont surtout fonction des indications. On voit rarement l'indication optima : caverne solitaire, centrale, pas trop volumineuse, où le drainage peut agir seul. Le plus souvent, il sera un temps préparatoire ou complémentaire d'une thoracoplastie.

Résultat exceptionnel du drainage dans un évidement radiologique du poumon. — MM. ACQUAVIVA et BONAFÉ (Hauteville). — Observation exceptionnelle d'une caverne géante ayant détruit les 5/6e du poumon gauche et prise au début pour un pyo-pneumothorax fistulisé dans les bronches. Après drainage chirurgical à la manière de Tuffier, pratiqué le 15 juillet 1939, le parenchyme pulmonaire est réapparu autour de la cavité et au bout de six mois, la caverne ne mesurait plus que 4 cm. de hauteur sur 1 cm. de largeur. L'aspiration n'a rien ajouté à ce résultat.

Considérations sur le drainage et l'aspiration endo-cavitaire d'après vingt et une observations. — MM. BONAFÉ et ACQUAVIVA (Hauteville) ont obtenu deux guérisons et dix améliorations très substantielles. Il y a eu neuf insuccès totaux. Ils insistent sur la rareté des guérisons obtenues et sur la nécessité d'un temps chirurgical complémentaire.

Comment se terminent les drainages cavitaires avec aspiration suivant la méthode de Monaldi. — M. W. JULLIEN (Pau). — Faisant le bilan de cette nouvelle méthode, l'auteur montre que succès brillants ou échecs complets ne sont pas fréquents. Plus nombreux sont les cas où une amélioration considérable a été notée sans pour cela que la guérison ait été atteinte. On y parviendra en prolongeant beaucoup l'aspiration, en la complétant si nécessaire, par une thoracoplastie de substitution, rendue possible par la transformation du malade. Il conclut en affirmant qu'une nouvelle étape a été franchie dans le traitement des cavernes, pleine d'enseignements, pleine de promesses pour l'avenir.

Drainage endo-cavitaire et pneumopéritoine associés dans le traitement d'une grosse cavité pleuro-pulmonaire de la base. — MM. L. GIACCARDO et GARNIER. — Présentation d'une observation où le drainage donne rapidement d'excellents résultats ; l'ablation de la sonde dix mois après le début du traitement est suivie de la réapparition de l'image cavitaire et de l'expectoration. Nouveau drainage associé cette fois à une phrénicectomie et à un pneumopéritoine pour essayer de maintenir les résultats lorsque la sonde sera enlevée.

Traitement complémentaire du drainage endo-cavitaire. — M. DELBECQ (Sainte-Feyre), en collaboration avec M. D. LE FOYER, présente un travail basé sur quatorze observations. Les auteurs insistent sur certains points de physiopathologie qui explique le mécanisme de fermeture des cavernes soumises à l'aspiration et, dans une certaine mesure aussi, les complications et les échecs. Ils conseillent de donner sans trop tarder l'étoffe de complément nécessaire à l'aspiration par une collapsothérapie médicale ou chirurgicale associée. Ils précisent dans nombre de cas les indications de cette collapsothérapie complémentaire : thoracoplastie, pneumothorax extrapleural, phrénicectomie, pneumopéritoine, etc.

Présentation d'un appareil limiteur de dépressions pour aspiration endo-cavitaire. — M. NAVEAU (Amélie-Monbolo).

Le drainage endo-cavitaire premier temps de la thoracoplastie. — MM. P. SANTY et Marcel BERARD. — L'aspiration peut être instituée très peu de temps avant la thoracoplastie et continuer après celle-ci. Dans les très grosses cavités du sommet, l'opération est de la sorte beaucoup mieux supportée, et l'affaissement plus complet. Les auteurs apportent deux observations.

Notes sur l'établissement, la conduite et les résultats à terme moyen du traitement par aspiration endo-cavitaire. — M. P. LUCIEN (Briançon). — Résultats de drainages complétés par instillations de quinine-urée intracavitaires, résutats contrôlés par lipiodol dans diverses positions. Essais d'injections intracavitaires de lipiodol avant drainage pour obtention de renseignements sur l'état de la bronche de drainage et l'efficacité probable de l'intervention.

Drainages cavitaires multiples chez le même malade. — MM. BURNAND et FRANCKEN montrent que l'on peut sans inconvénient pratiquer des drainages multiples chez le même malade, intervention fréquemment indiquée par le développement de certaines cavernes voisines de la lésion principale, développement dû au tiraillement mécanique ou à un excès d'aspiration. MM. Burnand et Francken citent un cas personnel de drainage avec aspiration appliquée avec succès à un abcès pulmonaire. La guérison n'est pas encore acquise.

Association Monaldi-thoracoplastie. — MM. BURNAND et FRANCKEN pensent que la méthode de Monaldi est appelée à se compléter souvent par une thoracoplastie. Cette intervention se montre en pareil cas remarquablement bénigne, surtout si elle est effectuée pendant que la sonde est encore en place. Les auteurs croient utile, d'une façon générale, de maintenir longtemps la fistule pariétale. Ils ont l'habitude de l'entretenir en substituant à la sonde un faisceau de crins de Florence.

Rapports entre la virulence des bacilles tuberculeux et les diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire et chirurgicale de l'homme. — MM. F. ARLOING, A. DUFOURT, JOSSERAND et VIALLIER. — Après un rappel historique des travaux récents et de ceux de S. Arloing, qui avait, dès 1886, montré par l'inoculation comparative au cobaye et au lapin que la différence de la virulence entre les lésions pulmonaires et les lésions de tuberculoses chirurgicales ou ganglionnaires, les auteurs se basant sur la clinique et l'expérimentation, concluent que si, en général, les bacilles de virulence élevée semblent bien correspondre à des tuberculoses de haute gravité clinique, il est impossible d'établir un rapport exact entre les souches de virulence moyenne ou atténuée et la gravité de la maladie. En général, la virulence des bacilles isolés de tuberculoses chirurgicales paraît moindre que celle des bacilles retirés de lésions pulmonaires.

Action de l'intoxication chlorée chronique sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — MM. F. ARLOING, BERTHET et VIALLIER. — En partant d'observations cliniques d'ouvriers travaillant dans les usines de fabrication de chlore et respirant une atmosphère contenant environ 3 milligr. de chlore par mètre cube, les auteurs ont constaté que l'intoxication chlorée n'est jamais une cause déterminante de tuberculose pulmonaire. Mais elle peut réactiver, aggraver ou révéler des foyers latents. Ces conditions de vie entraînant un épaississement notable de la trame pulmonaire. Leurs expériences sur le cobaye ont confirmé leurs conclusions cliniques. Un examen clinique et radioscopique systématique des ouvriers est donc nécessaire lors de l'embauchage ou au cours de leur travail.

Guérison d'une toux incoercible par stellectomie. — MM. A. RAUCH et G. JACIR (Briançon). — Une anesthésie de ganglion étoilé avait donné un résultat transitoire.

Pneumothorax et phrénicectomie. — M. A. RAUCH (Briançon) rappelle la nécessité de tenter le pneumothorax avant toute autre intervention. Il présente un cas de reprise de pneumothorax avec électivité et avec efficacité, quatre ans après son abandon et après une phrénicectomie inefficace sur des lésions de la base. Il montre un cas de tuberculose cavitaire traitée par phrénicectomie sans résultat. Pneumothorax total après section de brides.

Fréquence actuelle de la méningite tuberculeuse chez les adolescents et les adultes. — M. L. BETHOUX (Grenoble) a observé de janvier à octobre 1941 huit cas de méningite tuberculeuse, tous rapidement mortels, chez des sujets de 17 à 50 ans. Quatre firent une méningite d'apparence primitive, les autres à la suite de tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire. Ces sujets, pour la plupart de souche tuberculeuse, ne paraissent pas avoir subi de réinfections exogènes massives avant leur maladie. Les restrictions alimentaires, en particulier la carence en glucides et en lipides, semblent avoir modifié le terrain et favorisé le réveil de lésions tuberculeuses latentes.

Situation en profondeur des cavernes de la région moyenne des champs pulmonaires. — M. A. DUFOURT. — Les coupes tomographiques précisent que ces cavernes n'occupent pour ainsi dire jamais les places passant par le hile. L'auteur a trouvé une caverne légèrement antérieure (10 cm. du plan dorsal), trois cavernes franchement antérieures (12 cm. du plan dorsal) et vingt-neuf cavernes postérieures. A droite, la caverne postérieure occupait le sommet du lobe inférieur.

Sur la fréquence de l'allergie à la tuberculine chez les étudiants de l'Université de Lyon. — MM. A. ROCHAIX et A. DUFOURT. — 481 étudiants ont fourni 321 cuti-réactions positives (66,73 %) et 160 cuti-réactions négatives (33,26 %). De 17 à 22 ans, il y eut 35,84 % de cuti négatives, de 23 à 25 ans 32 % et de 26 à 32 ans, 22,22 %. Ce sont les étudiants en médecine qui ont donné la plus forte proportion d'individus allergiques, 81,43 %.

Désinsertion d'adhérences par le procédé de Sebestyen. — MM. R. ACQUAVIVA et M. ROUGY (Hauteville). — Pneumothorax droit incomplet par large adhérence en ceinture à la partie moyenne du poumon. Désinsertion. L'opération terminée, le poumon s'est rétracté vers le hile emportant la bande de plèvre pariétale accolée à sa surface, bande qui mesurait environ 14 cm. de longueur et 4 cm. de hauteur. Excellent résultat. Présentation de films.

A propos d'une observation de thoracoplastie bilatérale. — MM. R. ACQUAVIVA, J. LE TACON et BERLAND. — Pour des lésions ulcéreuses bilatérales, strictement apicales, les auteurs ont pratiqué successivement une thoracoplastie gauche de quatre côtes, puis une thoracoplastie droite de trois côtes. Guérison complète depuis six mois, avec résultat esthétique très satisfaisant. Présentation de films.

Modification d'une géode sous l'influence de la tuberculine. — M. VINCENTI (Avignon). — Présentation de clichés radiographiques et biotomiques de fermeture de caverne par tuberculinothérapie. Disparition des B. K. et de tout symptôme clinique. Fermeture en bourse. Excellente nidification de la fiche hématologique. Cette observation confirme l'aide apportée par la tuberculine aux cas de guérison naturelle.

SULFAMIDE THIAZOLIQUE

LYSOTHIAZOL

(640 M)

2 (paraaminophénylsulfamido) **THIAZOL** Aluminique
DU PROFESSEUR AGRÉGÉ MOUNEYRAT

Le **LYSOTHIAZOL** est indiqué dans les Affections à :

COLIBACILLES
GONOCOQUES
STREPTOCOQUES
STAPHYLOCOQUES
MÉNINGOCOQUES
PNEUMOCOQUES

Doses suivant indications du médecin.
En général 6 à 12 comprimés par jour pendant 4 à 6 jours. Boire 1/2 grand verre d'eau à chaque comprimé.
Le **LYSOTHIAZOL** peut être absorbé en mangeant, à raison de 2 ou 3 comprimés, au cours de chaque repas.

■

Le **LYSOTHIAZOL** se distingue des sulfamides déjà connues par :

1° **SON EXCELLENTE TOLÉRANCE.** Ne provoque pas de vomissements, même à la dose de 9 grammes par jour, 18 comprimés par jour. A employer lorsque les autres sulfamides ne sont pas tolérées.

2° **SON ACTION PUISSANTE SUR LE COLIBACILLE.** Traitement des colibacilloses en 2 à 5 jours, avec 6 à 8 comprimés par jour pendant 4 à 5 jours. Après ce premier traitement, attendre 3 jours et le consolider par une deuxième cure.

Le " LYSOTHIAZOL " est un excellent **antiseptique urinaire ;** son action est infiniment supérieure à celle de l'Hexaméthylènetétramine et de ses dérivés : 6 comprimés par jour pendant 4 à 5 jours.

Le " LYSOTHIAZOL " sera donc employé dans le traitement de toutes les infections de l'arbre urinaire (cystites, pyélites, pyélonéphrites, blennorragies, etc...).

3° Sa bonne tolérance, à doses élevées, permet de réaliser le :

TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRAGIE. (traitement de cette affection en 24 heures) : faire absorber 18 comprimés par jour, un comprimé toutes les demi-heures avec un demi-verre d'eau à chaque comprimé.

Traitement en 48 heures : faire absorber quotidiennement, pendant trois jours de suite, 12 comprimés de **LYSOTHIAZOL** par jour.

■

PRÉSENTATION : **Comprimés à 0 gr. 56 de LYSOTHIAZOL.**
Fragmentez les comprimés en 4 ou 5 morceaux et absorbez chaque fragment avec un peu d'eau.
Boire 1/2 grand verre d'eau à chaque comprimé.

ADMIS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
ÉTABLISSEMENTS MOUNEYRAT
12, RUE DU CHEMIN-VERT, 12
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)
Téléphone : PLAINE 23-34 et 23-35

L'ARHÉOL Principe actif de l'essence de Santal

dans la blennorragie
est le complément des sulfamides

LYXANTHINE

granulé effervescent

Iode et soufre - Gluconate de calcium - Bitartrate de lysidine

ARTHRITISME
GOUTTE
RHUMATISMES

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER
42, rue du Docteur-Blanche, PARIS

Viosten Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines

Injections de 1 c.c.
Comprimés
Granulés

Deficiences organiques



LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe)
Téléph. : Vaugirard 08-19
et LIVAROT (Calvados)

Imprimé en France

Présentation de quelques radiographies typiques de pneumopéritoines thérapeutiques. — MM. Lefèvre, Douady et Lardanchet (Briançon et Saint-Hilaire-du-Touvet). — Le pneumopéritoine renforce l'action mécanique des paralysies phréniques provoquées ; dans certains cas, il a permis de déceler des paralysies dissociées des secteurs de l'hémidiaphragme correspondant à des groupes distincts de racines, et de démontrer expérimentalement l'utilité de la section du nerf du sous-clavier. Enfin, présentation d'un pneumopéritoine autonome complétant un pneumothorax sans phrénicectomie préalable, et d'un hydropneumopéritoine ayant guéri en quelques semaines et comparable à l'épanchement bénin du pneumothorax.

Les ensemencements tuberculeux de la paroi au cours des pleurésies du pneumothorax artificiel. — MM. W. Jullien (Pau) et H. Rivière. — Nodules, abcès, pariétites ou fistules pleuro-pariétales, témoignent d'un fléchissement profond de l'état général du malade. Les auteurs étudiant ces accidents, le moyen de les éviter et de les traiter, insistant sur les heureux effets des lavages pleuraux et surtout des ultra-violets appliqués convenablement et suffisamment longtemps.

Quelques idées suggérées par des examens systématiques pratiqués dans plusieurs écoles. — M. J. Marinet (Valence). — Ces examens devraient être organisés sur place dans les usines et dans les écoles, avec comme base un examen biologique, la cuti-réaction, et des examens radiologiques pour les sujets à cuti-réactions positives. Ils devraient être pris en charge par les Assurances sociales. Ils présentent un intérêt puissant de prévention et un intérêt scientifique pour la pathogénie et le mode de contamination de la tuberculose.

Quelques essais de vaccination au B. C. G. par scarification. — M. J. Marinet (Valence). — Cette vaccination rend allergiques 100 % des enfants et des nourrissons vaccinés, résultat très intéressant, puisqu'on estime qu'il n'y a pas immunité sans allergie tout au moins momentanée et que la morbidité des allergiques est infiniment supérieure à celle des anergiques.

Dépistage de la tuberculose chez les enfants des écoles de Grasse. — MM. Colomban, Carle, Gau et Wetterwald (Grasse). — Sur 2.120 enfants, dont 980 garçons et 1.140 filles, âgés de 5 à 17 ans, 732 percuti-réactions ont été positives, soit un pourcentage de 31,2 pour les garçons et 37,3 pour les filles. La progression est ascendante avec l'âge, mais plus rapide chez les filles. La radioscopie a décelé 3,2 % de complexes ganglio-pulmonaires de la région hilaire.

Pleuroscopie et technique simplifiée. — M. P. Lucien (Briançon). — Plaidoyer en faveur du pleuroscope à vision directe permettant, grâce à la propulsion en avant de la tige porte-lampe, d'effectuer des sections sous le contrôle constant de la transillumination.

Guérison d'une caverne par oblitération bronchique provoquée. — MM. Ch. Trocmé et P. Mounier-Kuhn. — Par des écouvillonnages au nitrate d'Ag, ces auteurs ont obtenu l'obturation d'une bronche de drainage. La caverne s'est résorbée aussitôt, comme ils l'avaient espéré. Quand la bronche s'est débouchée, la caverne a réapparu. Enfin, obturation définitive, guérison définitive.

(Communiqué par MM. A. Dufourt, président, et D. Douady, secrétaire.)

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DE L'OTITE MOYENNE CHEZ L'ENFANT

Les complications de l'otite moyenne chez l'enfant tirent leur intérêt :

— De la *fréquence* particulière de l'otite chez l'enfant ;
— De la gravité de ses complications ;
— De l'importance de leur diagnostic précoce et précis ;
— Et, plus encore, de leur prophylaxie réalisée par le traitement correct de l'otite : paracentèse large, renouvelée en cas de besoin.

Les complications de l'otite de l'enfant diffèrent peu de celles de l'adulte.

Une variété, cependant, mérite une autonomie certaine : l'oto-mastoïdite du nourrisson, à laquelle nous réserverons un chapitre spécial.

***

Nous étudierons successivement deux groupes de complications d'inégale importance :

I. — *Les complications de l'otite aiguë :*
— Essentiellement, la mastoïdite ;
— Les complications intracraniennes ;
— Les complications septicémiques.

II. — *Les complications de l'otite chronique :*
— Essentiellement, la surdité.

I. — COMPLICATIONS DE L'OTITE AIGUE

A. — La mastoïdite aiguë

C'est la plus fréquente des complications de l'otite.

Elle est due :
— *Tantôt à la rétention de pus* dans la caisse et dans l'antre mastoïdien par occlusion de l'aditus ou de l'orifice de paracentèse ;
— Tantôt, sans aucune rétention et du fait de la virulence microbienne, à *un véritable processus d'ostéomyélite mastoïdienne.*

Clinique.

L'otite dure depuis quinze ou vingt jours quand apparaissent les symptômes suivants :

I. — Signes fonctionnels :

La douleur, c'est le principal signe.

L'otalgie du début avait cédé à la paracentèse ; l'écoulement se poursuivait sans douleur.

La douleur reparaît, tardive, à la fin de la 2e semaine ou au cours de la 3e semaine.

Elle est intense, s'irradie dans la tête, s'accompagne de *céphalée*, d'*hémicranie*.

II. — Signes généraux :
— La fièvre, qui était nulle ou légère, s'élève à 39°-40°.
— Le pouls est rapide.
— L'*état général* est altéré.

III. — Les signes physiques :

Ce sont eux qui permettent le diagnostic :

a) *La douleur mastoïdienne* qu'on recherchera :
— Au niveau de la pointe.
— Mais surtout au niveau même de l'antre mastoïdien, à la face externe de la mastoïde, un peu au-dessus de l'horizontale passant par l'orifice auditif externe.

Cette douleur existe toujours dans les premiers jours de l'otite mais cède à la paracentèse. Sa réapparition est un signe de mastoïdite.

b) *Les signes otoscopiques :*

Ils sont variables :
— Tantôt l'écoulement est très abondant, purulent, crémeux, fétide. A l'otoscopie, le tympan est béant. Il y a nécrose mastoïdienne.
— Tantôt l'écoulement est minime, irrégulier. A l'otoscopie, le tympan présente une perforation insuffisante au sommet d'une voussure et se referme malgré des paracentèses répétées. Il y a rétention purulente.
— Parfois on note *l'abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif*, indice de la propagation des lésions mastoïdiennes à la paroi postérieure du conduit.

Ce signe est pathognomonique, parfois précoce, mais inconstant.

IV. — Enfin la radiographie permet dans certains cas d'assurer un diagnostic hésitant.

Evolution.

Le seul traitement, c'est *l'évidement pétromastoïdien* qui amènera la guérison, laissant une perte de substance plus ou moins importante et disgracieuse.

Non opéré, deux possibilités :
— L'extériorisation.
— Les complications.

I. — L'extériorisation :

Elle se traduit d'abord par un gonflement œdémateux puis par une tuméfaction rénitente ou fluctuante.

Le gonflement rétroauriculaire est le premier stade. C'est parfois un signe précoce :
— Tantôt évident : la peau est rouge, œdémateuse ; le gonflement refoule l'oreille en avant et en bas, et décolle le pavillon qui, de ce fait, forme avec le crâne un angle plus ouvert que du côté sain, parfois un angle droit.
— Tantôt discret ; il faut savoir le rechercher en se plaçant derrière la tête de l'enfant et en comparant simultanément les deux oreilles.

Au maximum de ce gonflement correspond le maximum de la douleur.

La tuméfaction rénitente ou fluctuante traduit l'irruption du pus sous la peau. Son siège habituel est *rétroauriculaire.*

Le siège de la tuméfaction peut être atypique :

— Des cellules aberrantes expliquent le siège *temporal* ou *occipital.*

— L'ouverture par la pointe de la mastoïde réalise la MASTOÏDITE DE BEZOLD. L'abcès est situé sous le muscle sterno-mastoïdien. Il détermine :

— Un torticolis avec contracture du sterno-mastoïdien.

— Un gonflement cervical localisé sous l'apophyse mastoïde.

II. — LES COMPLICATIONS que nous allons étudier sont l'évolution habituelle de la mastoïdite non opérée.

Elles sont surtout fréquentes au cours des *mastoïdites latentes atypiques* qu'on soupçonne devant la *persistance d'un seul symptôme,* tel que céphalée, fièvre ou otorrhée importante.

Mais ces complications peuvent aussi survenir sans aucune mastoïdite au cours des otites aiguës ou chroniques.

B. — Les complications intracraniennes.

Ce sont :

L'abcès extra-dural.

L'abcès du cerveau et du cervelet.

Les méningites purulentes ou séreuses.

Nous en rapprocherons :

La labyrinthite.

La paralysie faciale.

I. — L'ABCÈS EXTRA-DURAL :

Lié à l'effondrement de la paroi osseuse mastoïdienne en regard de la dure-mère, cet abcès n'a aucune autre expression clinique que celle d'une mastoïdite particulièrement sévère : céphalée, obnubilation, fièvre très élevée. En règle, c'est une découverte opératoire.

II. — L'ABCÈS DU CERVEAU ET DU CERVELET :

Ce sont les signes habituels de l'abcès : signes infectieux, signes d'hypertension intracranienne, signes de localisation.

Les *signes infectieux* sont :

— La fièvre tantôt élevée, tantôt minime, et surtout :

— La polynucléose sanguine.

— *L'amaigrissement* très rapide.

Les signes d'hypertension intracranienne sont :

— *La céphalée constante.*

— La baisse de l'acuité visuelle.

— Inconstamment : les vomissements, le ralentissement du pouls, l'obnubilation psychique.

Et l'examen fondamental du FOND D'ŒIL : stase puis œdème.

Les signes de localisation sont tardifs : épilepsie B. J., monoplégie, hémiplégie.

La LOCALISATION CÉRÉBELLEUSE se traduit par un syndrome bien caractéristique de la fosse cérébrale postérieure :

— *La raideur de la nuque* parfois complètement rejetée en arrière, ou seulement une simple attitude de *torticolis.*

— Des troubles de l'équilibre : *démarche ébrieuse, nystagmus.*

Notons que ces syndromes tumoraux peuvent être également déterminés, au cours des otites chroniques, par des *kystes séreux* — variété spéciale de méningite séreuse cloisonnée — remarquablement curables par la neuro-chirurgie.

II. — LES MÉNINGITES PURULENTES :

Elles se traduisent par :

— *Des signes infectieux intenses :* Température à 40° ; dépression et torpeur.

— *Des signes méningés typiques* avec délire.

La ponction lombaire affirme la réalité de cette méningite suppurée et sa nature microbienne : pneumocoque ou streptocoque.

Noter que les méningites purulentes ne sont pas les seules manifestations méningées. La P. L. révèle :

— Tantôt une réaction méningée à liquide clair, hypertendu : c'est une méningite séreuse diffuse.

— Tantôt le L. C. R. est normal : c'est une simple réaction méningée, fréquente chez le jeune enfant et de durée éphémère.

III. — LA LABYRINTHITE :

Complication de voisinage, elle est souvent le premier stade de la méningite.

Elle se caractérise par :

— *Des signes infectieux intenses :* fièvre, céphalée.

— Des signes locaux dont l'association est caractéristique du *syndrome labyrinthique :* vertiges, surdité, bourdonnements et surtout *nystagmus.*

IV. — LA PARALYSIE FACIALE :

Témoin de l'extension du processus ostéitique, elle est un signe de gravité dans les otites aiguës.

Elle peut être une complication fortuite au cours d'une otite chronique.

C. — Les complications septicémiques

Le diagnostic de *septicémie* est souvent aisé :

— Le *début est brusque* par des frissons répétés et intenses.

— *Les signes infectieux sont sévères :*

Teint gris plombé.

Subictère, oligurie.

— Surtout la *courbe thermique est caractéristique* :

Température largement oscillante de 37° le matin à 40° le soir.

Parfois véritables accès pseudo-palustres.

— L'hémoculture révèle le germe responsable.

En présence d'une telle septicémie, on recherchera si elle ne coïncide pas avec l'existence d'une phlébite de voisinage :

— Soit *phlébite du sinus latéral,* qu'on soupçonnera s'il existe une douleur vive et bien localisée au *bord postérieur* de l'apophyse mastoïde.

— Soit *phlébite de la jugulaire,* caractérisée par :

Torticolis.

Douleur et empâtement rétromaxillaire et cervical.

II. — *LES COMPLICATIONS DE L'OTITE CHRONIQUE*

Ces complications peuvent survenir à n'importe quelle période de l'évolution d'une otite chronique.

1° Tantôt c'est une *complication bruyante,* identique à celles de l'otite aiguë :

— Mastoïdite.

— Abcès du cerveau.

— Méningite séreuse.

— Paralysie faciale.

2° Tantôt c'est une *complication spéciale de l'otite chronique ;*

a) Complications locales : eczéma du conduit ; POLYPES, se traduisant par un écoulement teinté de sang ;

b) Et surtout la SURDITÉ. Celle-ci est la conséquence de la suppuration prolongée de la caisse ; elle n'est d'ailleurs pas proportionnelle aux dégâts locaux mais dépend exclusivement *du degré d'immobilisation de l'étrier ;*

c) Enfin une complication rare et bien curieuse : le CHOLÉSTÉATOME.

Sous l'effet de la suppuration prolongée, l'épiderme du conduit prolifère dans la caisse. Cette prolifération donne naissance à des lamelles épidermiques blanc nacré qui s'imbriquent excentriquement et forment une tumeur qui, par compression, arrive à user les os, envahir la mastoïde, le crâne, à refouler les méninges, à dénuder le facial. C'est donc une *tumeur bénigne qui se comporte comme une tumeur maligne.*

Le cholestéatome se caractérise cliniquement par :

— Une otorrhée peu abondante, infecte, puante.

— Et le signe pathognomonique : la constatation de *paillettes brillantes,* analogues à des cristaux d'acide borique, apparaissant dans le conduit ou seulement dans le liquide de lavage.

III. — *L'OTO-MASTOIDITE DU NOURRISSON*

Jusqu'au 8e mois environ, l'otite du nourrisson possède une physionomie très particulière et variable.

Tantôt, certes, l'otite possède les mêmes signes et les mêmes complications que chez le grand enfant ; cependant, la *douleur* est toujours difficile à apprécier et la *mastoïdite* se traduit par la persistance de la fièvre et de l'otorrhée.

Un trait particulier : *l'extériorisation* est parfois le premier signe de la mastoïdite, avec ou sans signes infectieux accusés.

Tantôt — et ce sont les formes les plus intéressantes — l'otite se complique de mastoïdite et celle-ci se traduit non pas par des signes locaux mais par une *symptomatologie aberrante :*

— Ou bien c'est un *syndrome cholériforme* avec selles vertes et profuses, vomissements, signes de déshydratation.

— Ou bien c'est un *état prolongé de dénutrition* avec chute de poids progressive.

Devant la gravité des signes généraux, l'infection auriculaire semble au second plan, car il n'existe *aucun symptôme valable de mastoïdite chez le nourrisson.* Celle-ci reste un diagnostic d'impression clinique, basé sur la *coexistence d'une otite et de signes digestifs ou généraux sévères et résistant aux traitements habituels.* La radiographie, utile chez le grand enfant, est très difficile chez le nourrisson. *La ponction directe de l'antre mastoïdien* permet d'éclairer ce diagnostic délicat.

L'*antrotomie,* simple rugination du couvercle osseux de l'antre, réalise à la fois le traitement de la mastoïdite et des troubles digestifs et généraux que celle-ci déterminait.

***

En conclusion, les complications de l'otite chez l'enfant et surtout chez le nourrisson, sont graves. L'otite doit toujours être considérée comme une *infection non négligeable et traitée en conséquence.*

Jean L'HIRONDEL.



VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

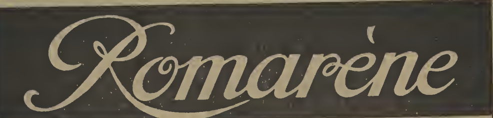
POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS
LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL
DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

INJECTION
SOUS-CUTANÉE
de 1 centicube
POUR DÉBUTER,
puis 2 centicubes
BOITES DE
SIX AMPOULES
DE 2 cc

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON
GYNECO
VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

INFECTIONS
DE
L'APPAREIL
GÉNITO-URINAIRE
DE LA
FEMME

SIROP DU Dr REINVILLIER
(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)
au Phosphate de Chaux hydraté
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS ET DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à soupe, à dessert ou à café suivant l'âge
ASSIMILATION COMPLÈTE
PRESCRIRE :
SIROP REINVILLIER, un flacon
BERTAUT BLANCARD Frères
64, Rue de la Rochefoucauld - PARIS
PAS D'ACIDE LIBRE



Granules CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à **l'Académie de Médecine** dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES**, **CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et des **VIEILLARDS** etc.

Granules de CATILLON à 0.0001 **STROPHANTINE** CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine" Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

LA QUALITÉ BIEN CONNUE DE **L'ENDOPANCRINE** SE RETROUVE DANS **L'HOLOSPLÉNINE** (INJECTABLE) EXTRAIT DE RATE

DERMATOLOGIE

ANÉMIE

TUBERCULOSE

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XVe)

IODALOSE GALBRUN

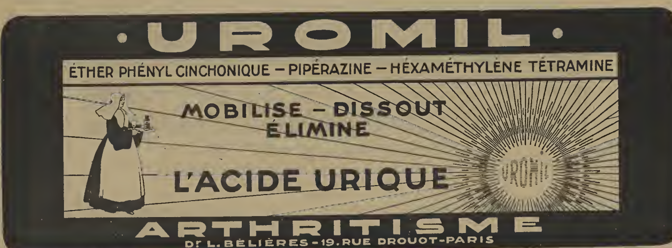
IODE PHYSIOLOGIQUE SOLUBLE ASSIMILABLE

REMPLACE IODE ET IODURES DANS TOUTES LEURS APPLICATIONS

SANS IODISME

ÉCHANTILLONS ET LITTERATURE

LABORATOIRE GALBRUN
10-12, RUE DE LA FRATERNITE S^T-MANDÉ (SEINE)



LIVRES NOUVEAUX

Traité Elémentaire d'Exploration Clinique Médicale (*Technique et Séméiologie*), par le Prof. E. Sergent, en collaboration avec MM. F. Bordet, Cottenot, George, Hazard, d'Heucqueville, Cl. Launay, Lian, Mignot, Oury, Pruvost et Ribadeau-Dumas. Un volume de 1215 pages. Masson et Cie, éditeurs, 3e édition.

Faisant suite aux nombreuses éditions du précis *Technique Clinique Médicale et Séméiologie Elémentaires*, publié en 1913, le *Traité Elémentaire d'Exploration Clinique Médicale* voit paraître aujourd'hui sa 3e édition qui connaîtra, elle aussi, un grand succès auprès des étudiants comme auprès des praticiens.

La perfection de l'édition antérieure ne permettait pas de penser que celle-ci put lui être supérieure. Il faut cependant constater que l'iconographie déjà très remarquable est encore plus complète et plus démonstrative, en particulier en ce qui concerne les radiographies et les électrocardiogrammes. Les textes ont, d'autre part, été mis à jour, bénéficiant des acquisitions les plus récentes de l'observation clinique.

Parmi les chapitres nouveaux, l'un, confié à M. F. Bordet, expose de façon tout à fait remarquable la séméiologie des téguments qui déroute bien souvent l'étudiant entraîné, cependant, à décrire des lésions viscérales profondes qu'il ne voit pas ; d'autres traitent de la radiographie en coupe et de la kimographie. Nul ne pouvait mieux que M. Cottenot exposer de façon claire et concise l'essentiel de leurs techniques, de leurs indications, de leurs résultats.

Les étudiants sauront trouver dans cet ouvrage, non pas une science « livresque », mais une méthode de travail perpétuellement orientée vers la clinique qui leur en donnera le goût et leur apprendra à regarder, à palper, à écouter, à comprendre et à interpréter. C'est là, en effet, une synthèse magistrale de l'enseignement toujours si direct et si lumineux que ne sont pas prêts d'oublier ceux qui ont eu le bonheur de faire leurs premiers pas en médecine sous la direction du Professeur Sergent dans les salles de la vieille Charité.

M. L. S.

Formulaire endocrinologique du praticien, par G. Jeanneney, professeur de clinique chirurgicale et gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux et G. Hirtz. Deuxième édition, revue et très augmentée. Un vol. in-8° de 208 pages avec 30 figures dans le texte : 60 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Il est inutile de dire que la deuxième édition du *Formulaire endocrinologique du praticien* présente les mêmes qualités de clarté et de méthode que l'on est habitué à trouver dans les ouvrages de M. le Prof. Jeanneney et de son collaborateur M. Hirtz.

Cette nouvelle édition est complètement à jour, ce qui est un tour de force, quand il s'agit d'étudier une science qui évolue aussi rapidement que l'endocrinologie. L'ouvrage est divisé en 3 parties :

1° La première est un rappel de la séméiologie endocrinienne dont on connaît la complexité. L'interrogatoire du malade, l'examen clinique détaillé qui fait appel à mille petits signes, les recherches de laboratoire (métabolisme basal par exemple), y sont exposés avec leur technique et leur valeur respectives.

2° Dans la deuxième partie, les auteurs ont étudié le traitement des endocrinopathies. La thérapeutique de chaque maladie y est exposée (après un rappel clinique succinct) dans les termes mêmes où elle doit être prescrite par le médecin. A ce point de vue l'ouvrage est véritablement un formulaire où sont donnés des modèles d'ordonnances adéquates.

3° Quant à la troisième partie, elle est consacrée à la description des différents emplois des produits endocriniens et organiques en pathologie médicale et spéciale, en dehors des maladies des glandes endocrines proprement dites.

Ce rapide exposé montre dans quel esprit a été conçu cet excellent ouvrage dont nous ne saurions trop conseiller la lecture.

Madame Pasteur, par René Vallery-Radot. Un volume in-18 jésus. Prix 20 francs. Ernest Flammarion, éditeur, Paris.

M. René Vallery-Radot écrivit, en 1913, ce volume tiré à un nombre restreint d'exemplaires. C'est une réimpression que nous apporte aujourd'hui son fils, le professeur Pasteur Vallery-Radot. Nous devons le remercier d'avoir permis à tous de lire ces pages, réconfortantes entre toutes, dans les circonstances actuelles.

Madame Pasteur, écrivait René Vallery-Radot, « passa dans la gloire en cherchant toujours à s'effacer. Tout en elle était discret... ».

Ces quelques lignes ne sont-elles pas l'hommage le plus délicat à la femme simple et courageuse, à la belle figure de Française qui « ne vécut que pour celui qui découvrait un monde ».

F. L. S.

Epidémies Scolaires

ERYTHRA
arrête la poussée fébrile,
améliore les signes pulmonaires,
évite les complications de la
ROUGEOLE
2 à 4 gouttes par année d'âge toutes les 4 heures

RHOCYA
raccourcit l'évolution,
atténue la parotidite,
prévient l'orchite.
OREILLONS
une goutte par année d'âge 3 fois par jour

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES - 39, Bd DE LA TOUR MAUBOURG, PARIS-7e
DE CHAMPROSAY

Zone non occupée : Pontgibaud (Puy-de-Dôme)

INFORMATIONS

(suite de la page 158)

Amphithéâtre d'anatomie. — M. Jean Braine, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques : *Leçons de technique opératoire* (avec démonstrations sur le sujet).

Une série de dix leçons aura lieu du lundi 16 mars au samedi 28 mars 1942, de 16 heures à 17 heures.

Ces leçons sont gratuites. Elles sont plus spécialement destinées aux internes des hôpitaux. Le nombre des auditeurs étant limité, prière de s'inscrire avant le 10 mars, 17, rue du Fer-à-Moulin (5e).

Clinique médicale de l'hôpital Cochin (prof. Harvier). — Une série de conférences sur les *Régimes alimentaires adaptés aux circonstances actuelles*, aura lieu le jeudi de chaque semaine (à partir du 16 avril 1942), à 20 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique, avec la collaboration de MM. Carnot, Lœper, Gougerot, Chouard, de Gennes, Rachet, F.-P. Merklen, M. Perrault, Froment.

Ces conférences seront libres et particulièrement destinées aux médecins praticiens.

Mariage

Le Docteur Yves Loisance, médecin à Rennes, et Mademoiselle le Docteur Renée Allain, ancien médecin des sanatoriums de l'O. P. H. S. de la Seine, et ancien médecin des dispensaires antituberculeux d'Ille-et-Vilaine, ont l'honneur de vous faire part de leur mariage qui a été célébré le 17 février 1942, en l'église Saint-Jacques-du-Haut-Pas, à Paris, dans la plus stricte intimité.

Rennes, 47, rue Saint-Hélier.

Nécrologie

Nous apprenons avec peine le décès survenu à Chartres, après une longue maladie, de notre collègue André Baudin, ancien interne des hôpitaux de Paris (1912), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

— Du Dr Victor Thévenet, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé à l'âge de 74 ans.

— Du Dr Emile Lestage, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

— Du Dr Davet, d'Alès, décédé à l'âge de 67 ans.

— Et de Mme Marcel Miriel, femme du Dr Miriel, de Clamart, à qui nous adressons l'expression émue de nos condoléances.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DE LA VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

A l'occasion de la campagne vaccinale motivée par l'apparition de quelques cas de variole dans la région parisienne, il n'est pas sans intérêt de rappeler que les pulpes vaccinales glycérinées mises à la disposition des médecins possèdent une grande activité.

L'Académie de Médecine a insisté à plusieurs reprises sur la nécessité de laisser aux préparations vaccinales un haut pouvoir spécifique leur conférant une marge de sécurité à l'égard des causes éventuelles d'affaiblissement en cas de transport à distance.

Dans les conditions de froid actuel, le vaccin conserve facilement toute sa virulence et c'est au médecin vaccinateur de régler sa technique de manière à n'introduire que les quantités strictement nécessaires et à éviter ainsi les réactions locales et générales intenses, inutiles à l'obtention d'une bonne immunité. Deux inoculations faites de préférence au bras sont suffisantes ; elles seront séparées par une distance d'au moins 5 cm. et ne comporteront chacune qu'une seule scarification superficielle longue d'un millimètre environ. Les inoculations à la cuisse sont à déconseiller.

Le résultat de l'intervention est à contrôler le 8e jour ; c'est à ce moment seulement que doit être délivré le certificat. En cas de primo-vaccination, l'enfant n'a satisfait à la loi que si l'opération a été suivie de succès et, dans le cas contraire, s'il y a eu au moins trois tentatives de vaccination.

En ce qui concerne les revaccinations, la distinction entre les succès et les insuccès est difficile à établir et il est recommandé au médecin de préciser sur son certificat la nature des éléments développés aux points d'inoculation (pustules, papulo-vésicules, papules, aucune éruption).

H. B.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo* *Poudre de Belladone* *Evonymine brune, Agar-Agar* *1 à 2 comprimés 1/2 heure* *avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
ŒDÈMES		
DIURÈNE Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait TOTAL* *d'Adonis Vernalis*	Œdèmes et Ascites Extrasystoles - Dyspnées
SPASMES (estomac, pylore, etc.)		
SYNTROPAN "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Spasmolytique synthétique* Comp. : 1 à 3 par jour Amp. 1 cm³ : 1 à 2 par jour Supp. : 1 à 2 par jour	Toutes les indications de l'atropine
Troubles du cycle ovarien		
ŒSTROBROL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Sédobrol folliculiné* Tablettes : 1 à 2 p. j. dissoutes dans une tasse d'eau très chaude	Tous les troubles du cycle ovarien

Copyright VS-9-1942

Beaucoup d'ENGELURES cet Hiver...

FLÉTAGEX

POMMADE BIOLOGIQUE AUX VITAMINES A ET D

(Huile de Foie de Flétan et de Morue)

PLAIES ATONES
ULCÈRES VARIQUEUX
BRULURES - ENGELURES
Cicatrise - Calme le Prurit
Désinfecte sans irriter

PAS DE POUDRES INERTES !
L'excipient de Flétagex s'incorpore parfaitement à l'Huile de Foie de Flétan et à l'Huile de Foie de Morue sans altérer les Vitamines, principe actif de Flétagex.

Laboratoires SUJAL - J. LAFARGE, Dr. en Pharmacie - 62, rue de la Brauderie, CHATEAUROUX (Indre)



ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

N° 19. — 4 AVRIL 1942. — 115e ANNÉE (Autorisation n° 83) Ce numéro : 1 fr. 50.

98

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

A NOS LECTEURS

De graves décisions, entrées en vigueur le 10 mars dernier et provoquées par la crise du papier, viennent d'être prises par les autorités compétentes en matière de presse, et ont arrêté l'impression et le départ du numéro de notre journal qui aurait dû paraître le 14 mars.

La périodicité et le nombre de pages des journaux et revues de médecine vont subir, désormais, d'importantes réductions.

Ces mesures nous imposent une présentation nous permettant d'utiliser au mieux l'espace restreint qui nous sera imparti. Nous sommes obligés de demander aux auteurs, comme nous l'avons déjà fait en janvier, de condenser leurs articles ou communications. Nous devrons, d'autre part, réduire le nombre et la longueur des comptes rendus de Sociétés.

Sous cette forme, malheureusement trop réduite, nous nous efforcerons de conserver la tenue de notre journal. Nous espérons que nos lecteurs voudront bien, par leur fidélité, nous aider à surmonter les difficultés que nous allons rencontrer. Nous les assurons d'avance de notre gratitude.

— Nous venons d'être autorisés à publier en avril un deuxième numéro qui paraîtra dans quinze jours.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT (oral).

Séance du mardi 3 mars 1942. — *Notes* : MM. Marche, 16 ; Basset, 19 ; Marchal, 15 ; Lamy (Robert), 20 ; Chapelet, 16 ; Bergeron, 16 ; Quéneau, 19 ; Le Lorier, 22.

Questions données. — Symptômes objectifs et diagnostic étiologique de l'hémiplégie organique. — Symptômes, diagnostic et traitement des luxations traumatiques de la hanche.

Séance du mercredi 4 mars 1942. — *Notes* : MM. Legendre, 13 ; Cazes, 12 ; Borniche, 16,5 ; Rosey, 23 ; Mlle Noufflard, 21 ; MM. Dausset, 15 ; Guy, 21 ; Rouge, 23,5 ; Delater, 22 ; Mlle Faillebin, 23 ; M. Bernard, absent.

Questions données. — Symptômes et diagnostic des artérites oblitérantes des membres inférieurs. — Symptômes, diagnostic et traitement des épididymites tuberculeuses.

Séance du jeudi 5 mars 1942. — *Notes* : M. Mignot, 16 ; Mlle Santelli, 20 ; MM. Berthet, 22,5 ; Guimezanes, 21 ; Bertier, 18 ; Chateau, 18 ; Darris, 18 ; Gosset, 19 ; Boudot, 18 ; Chatelin, 18 ; Nebout, 20.

Questions données. — Examen clinique d'une épaule traumatisée. — Symptômes et diagnostic des abcès du poumon.

Séance du mercredi 11 mars 1942. — *Notes* : MM. Jacquemin (Jean), 16 ; Mercadier, 18 ; Cousin, 20,5 ; Koupernik, 21 ; Houdart, 26 ; Mlle Granier, 19 ; MM. Thierry, 17 ; Dailly, 19 ; Hans, 18 ; de Fourmestraux, 21.

Questions données. — Symptômes et diagnostic des paraplégies spasmodiques. — Symptômes et diagnostic du cancer du rectum.

Séance du jeudi 12 mars 1942. — *Notes* : MM. Danion, 18 ; Durand, 20 ; Tournier, 17 ; Gerbaux, 20 ; Wapler, 16 ; Mme Robbes, 22 ; MM. Girauld, 20 ; Legendre, 18 ; Villebrun, 21,5 ; Salinési, 19 ; Mlle Doumic, 28 ; M. Legrand, 19.

Questions données. — Symptômes, diagnostic et traitement de l'intoxication aiguë par les barbituriques. — Complications des kystes de l'ovaire.

Séance du samedi 14 mars 1942. — *Notes* : MM. Bureau (Georges), 16 ; Forest, 16 ; Veyrières, 28 ; Louveau, 15 ; Maigne, 16 ; Kéruzoré, 18 ; Jacob, 20,5 ; Lavarde, 15 ; Wetterwald, 22 ; Lallemand, 21.

Questions données. — Symptômes, diagnostic et traitement des paralysies diphtériques. — Abcès appendiculaires.

Liste des candidats nommés internes A LA SUITE DU CONCOURS DE L'ANNÉE 1941. — *Classement.* — MM. 1. Houdart (Raymond) ; 2. Hewitt (Jean) ; 3. Rouget (Jacques) ; 4. Maurice (Pierre) ; 5. René (Louis) ; 6. Mlle Schweisguth (Odile) ; 7. Mlle Doumic (Alice) ; 8. Rosey (Jean) ; 9. Perrotin (Jean) ; 10. Bilski Pasquier (Georges).

11. Dubel (Guy) ; 12. Gerbaux (Alain) ; 13. Mlle Faillebin (Jeanne) ; 14. Vaysse (Jean) ; 15. Darris (Charles) ; 16. Galand (Maurice) ; 17. Guimezanes (Eugène) ; 18. Alhomme (Pierre) ; 19. Bergeron (André) ; 20. Mme Pujol, née Fillon.

21. Senecal (Jean) ; 22. Chatelin (Charles) ; 23. Mlle Grould ; 24. Veyrières (Jean) ; 25. Pestel (Maurice) ; 26. Duhamel (Gérard) ; 27. Marche (Jean), 28 ; Paley (Pierre) ; 29. Scherrer (Jean) ; 30. Le Lorier (Guy).

31. Durand (Claude) ; 32. Bertier (Jacques) ; 33. Pujol (Maurice) ; 34. Klein (Michel) ; 35. Loygue (Jean) ; 36. Choubrac (Pierre) ; 37. Gosset (Jean) ; 38. Paraf (André) ; 39. Boreau (Jacques) ; 40. Caplier (Pierre).

41. Keruzoré (Frantz) ; 42. Jacquemin (Henri) ; 43. Sclafer (Jacques) ; 44. Chateau (Robert) ; 45. Basset (Louis) ; 46. Dupont (Victor) ; 47. Carrillo-Maurtua ; 48. Gougerot (Jean) ; 49. Danion (Jean) ; 50. Girauld (Marie-Albert).

51. Oudot (Jacques) ; 52. Dausset (Jean) ; 53. Jouve (Emile) ; 54. Joué (Raphaël) ; 55. Hertz (Claude) ; 56. Iagello (Georges) ; 57. Legendre (Jean) ; 58. Wetterwald (François) ; 59. Ardouin (Maurice) ; 60. Berthet (Georges) ; 61. Estève (Pierre).

Liste des candidats nommés externes en premier A LA SUITE DU CONCOURS DE 1941. — *Classement.* — MM. 1. Lafourcade ; 2. Mlle Granier (Régine) ; 3. Salinesi (Jules) ; 4. Ponsar (Alain) ; 5. Mlle Nouillard (Henriette) ; 6. Lavarde (Jean) ; 7. Bourdy (Yves) ; 8. Thierry (Jean) ; 9. Monié (Jacques) ; 10. Chadoutaud (Louis).

11. Feller (Jean) ; 12. Sirot (Jacques) ; 13. Mlle Cousin (Maud) ; 14. Cardier (Lucien) ; 15. Boudot (Jean) ; 16. Ryckewaert (Antoine) ; 17. Raymond (Jean) ; 18. Combet (Jean) ; 19. Lacourbe (Robert) ; 20. Toupet (André).

21. Woimant (Georges) ; 22. Delater (Jean) ; 23. Tournier (Paul) ; 24. Denisart (Paul) ; 25. de Fourmestraux (Jean) ; 26. Mlle Saulnier (Micheline) ; 27. Pierart (André) ; 28. Perraudin (Charles) ; 29. Canivet (Jean) ; 30. Alloiteau (Jean).

31. Tricard (Armand) ; 32. Spriet (René) ; 33. Richard (Henri) ; 34. Ricordeau (Gaston) ; 35. Dubois (Jacques) ; 36. Bourguet (Jacques) ; 37. Arnaud (Louis) ; 38. Borniche (Paul) ; 39. Guéniot (Maurice) ; 40. Mlle Savaton (Jacqueline).

41. Rathery (Michel) ; 42. Lamy (Robert) ; 43. Chapelet (Jean) ; 44. Lallemand (Jean) ; 45. Nebout (Jean) ; 46. Jacob (Paul) ; 47. Koupernik (Cyrille) ; 48. Mlle Santelli (Rose) ; 49. Sibertin-Blanc (Michel) ; 50. Mignot (André).

51. Flavigny (Joseph) ; 52. Burgot (Pierre) ; 53. Chardin (Daniel) ; 54. Faurel (Jean) ; 55. Marchal (Louis) ; 56. Cousin (Robert) ; 57. Hiverlet (Emile) ; 58. Poncet (Emile) ; 59. Legrand (René) ; 60. Conche (Maxime).

61. Mlle Monghal (Thérèse) ; 62. Guy (Edouard) ; 63. Louveau (Etienne).

Concours de l'Externat. — Liste des candidats reçus externes AU CONCOURS DE L'ANNÉE 1941-1942. — *Classement.* — MM. 1. Coffin (Edouard) ; 2. Besson (Henry) ; 3. Tourneur, dit Tourneur Aumont ; 4. Piton (André) ; 5. Coffin (Georges) ; 6. Neel (Jean) ; 7. Bonnette (Jean) ; 8. Contamin (François) ; 9. Chevret (Robert) ; 10. Dubois (Michel).

11. Lauras (André) ; 12. Marty (Olivier) ; 13. Courtois Suffit ; 14. Mlle Favre (Marguerite) ; 15. Pepin (Bernard) ; 16. Christol (Daniel) ; 17. Deniker (Jean) ; 18. Merlier (Max) ; 19. Mlle Dufour (Geneviève) ; 20. Nicol (Marcel).

21. Le Tournau (Jean) ; 22. Lapresle (Claude) ; 23. Frileux (Claude) ; 24. Houdard (Claude) ; 25. Mlle Lelièvre (Huguette) ; 26. Prévost (Jean) ; 27. Bachy (Francis) ; 28. Vaysse (Pierre) ; 29. Saito (Tamotsu) ; 30. Bertrand (Jean).

ARGINCOLOR
SIMPLE OU EPHÉDRINÉ
SOLUTION COLLOÏDALE de NUCLÉINATE D'ARGENT INCOLORE
L.E.V.A. - L. GAILLARD, Pharmacien
26, rue Pétrelle, PARIS (9e)

31. Sainrapt (André) ; 32. Lacronique (Guy) ; 33. Fritel (Didier) ; 34. Houssay (Michel) ; 35. Delmas (André) ; 36. Poirault (André); 37. Mlle Vaultrin (Marie-Cécile) ; 38. Berthaux (Paul) ; 39. Marland (Pierre) ; 40. Mlle Lebailly (Geneviève).
41. Crucioni (Raymond); 42. Debuisson (Michel); 43. Carage (Philippe) ; 44. Hatt (Pierre) ; 45. Mlle Dupeyron (Thérèse) ; 46. d'Oblonsky (Alexandre) ; 47. Fauré (Clément) ; 48. Ciampi (Yves) ; 49. Delalande (Michel) ; 50. Rinieri (Antoine).
51. Feliciano (Jean) ; 52. Wissa Wassef (Horns); 53. Mlle Lescoffy (Jacqueline) ; 54. Closier (Jean) ; 55. Crepy (Claude) ; 56. Mlle Delmas (Suzanne) ; 57. Gatelman (Raymond) ; 58. Mlle Rozanes (Jocelyne) ; 59. Trelat (Jean) ; 60. Prot (Daniel).
61. Pernelle (Marcel) ; 62. Trouillard (Pierre) ; 63. Talleux (Pierre) ; 64. Petitcollot (Jean) ; 65. Mlle Debre (Claude) ; 66. Tournebeuf (Pierre) ; 67. Darnis (François) ; 68. Bloch Lainé (Jean) ; 69. Barbizet (Jacques) ; 70. Flament (Jean).
71. Flurin (René); 72. Duhamel (Jean); 73. Poumailloux (Guy) ; 74. Charroux (Pierre) ; 75. Mlle Morival (Hélène) ; 76. Nicolle (Bernard) ; 77. Cornet (Pierre) ; 78. Simoni (Robert) ; 79. Dubois (Jacques) ; 80. Etienne (Michel).
81. Lenormand (Henri) ; 82. Mlle Cacaud (Hélène) ; 83. Mlle Olivier (Gisèle) ; 84. Gougeon (Jacques) ; 85. Delahousse (Jacques) ; 86. Mlle Foucque (Marie) ; 87. Lang (Jean) ; 88. Mlle Kernevez (Marie) ; 89. Fabre (Jean) ; 90. Mlle Mottais (Suzanne).
91. Choay (Louis) ; 92. Le Roy (Pierre) ; 93. Bertagna (Louis) ; 94. Guillemart (Jean) ; 95. Martin (Alain-Jean) ; 96. Weissenbach (Robert) ; 97. Dorland (Pierre) ; 98. Coudert (Jean) ; 99. Mlle Bouget (Marie) ; 100. Nogrette (Pierre).
101. Voisin (Guy) ; 102. Duvillier (Jean) ; 103. Oury (Michel) ; 104. Le Jeune (Olivier) ; 105. Boutaric (Pierre) ; 106. Guillermou (Yves) ; 107. Lepercq (Gaston) ; 108. Roisin (René) ; 109. Brochen (Georges) ; 101. Guilleminot (Jean).
111. Dautry (Paul) ; 112. Meary (Robert) ; 113. Malegue (Michel) ; 114. Denis (Yves) ; 115. Hermann (Pierre) ; 116. Martin (Pierre) ; 117. Bidaut (Henri) ; 118. Chibout (Jean) ; 119. Mlle Renaudin (Simone) ; 120. Mlle Gilbert (Andrée).
121. Grellet (Maurice) ; 122. Pineau (Pierre) ; 123. Senechal (Gilbert) ; 124. Combet (Jean) ; 125. Breger (Paul) ; 126. Mallevre (Roger) ; 127. Laumonier (René) ; 128. Wallon (Denis) ; 129. Mlle Cruciani (Christiane) ; 130. Pommier de Santi.
131. Bourel (Michel) ; 132. Heuyer (Pierre) ; 133. Couinaud (Claude) ; 134. Daubail (Georges) ; 135. Mlle Benon (Geneviève) ; 136. Dioudonnat (Yves) ; 137. Nicolaidis (Elefthéré) ; 138. Thierry Mleg (Jean) ; 139 Dessus (Henri) ; 140. Mlle Wodzinski (Nicole).
141. Meunier (Francis) ; 142. Schweich (Michel) ; 143. Coullaud (Denis) ; 144. Moulonguet (Albert) ; 145. Voyeux (Pierre) ; 146. Tremblay (Emmanuel) ; 147. Vigan (Claude); 148. Petit (Jérôme) ; 149. Mme d'Hespel, née de la Bourdonnaye ; 150. Picard (Robert).
151. Meunier (Jacques) ; 152. Chateau (Michel) ; 153. Livory (Albert) ; 154. Mlle Aboulenc (Adrienne) ; 155. Vimeux (Henri) ; 156. Baland (Antoine) ; 157. Ozanne (Paul) ; 158. Fontaine (Claude) ; 159. Isselin (James) ; 160. Mlle Monbrun (Françoise).
161. Wallois (Pierre) ; 162. Lamy (Robert) ; 163. Mlle Fontaine (Martine) ; 164. Rameix (Pierre) ; 165. Mlle Chenard (Jeanne) ; 166. Bretin (Régis) ; 167. Tyss (Jean) ; 168. Halmagrand (Jacques) ; 169. Ferbos (Guy) ; 170. Wisner (Jean).
171. Lhermitte (François) ; 172. Gurly (René) ; 173. Barbot (Alphonse) ; 174. Mlle David (Marie) ; 175. Tiret (Maurice) ; 176. Chanderlot (Bernard) ; 177. Boutroy (Raymond) ; 178. Mlle Held (Marie); 179. Colliard (Max) ; 180. Mlle Brunet (Violette).
181. Bruneau (Jean) ; 182. Caillot (Maurice) ; 183. Baumgart (André) ; 184. Martin (Jean) ; 185. Gay (André) ; 186. Maret (Robert) ; 187. Hummel (Jacques) ; 188. Hueber (Jean) ; 189. Millot (Jean) ; 190. Ferry (Camille).
191. Dussaux (Jacques) ; 192. Aladenise (Jacques) ; 193. Foucquier (Elie) ; 194. de Gaudart d'Allaines ; 195. Mordret (Adrien) ; 196. Oecononios (Doros) ; 197. Laroza (Jean) ; 198. Bezard (Jean) ; 199. Gobert (Jean) ; 200. Mlle Barré (Françoise).
201. Roquelaure (Joseph) ; 202. Gabail (Maurice) ; 203. Richard (Jacques) ; 204. Mlle Muller (Françoise) ; 205. Challe (Jean) ; 206. Caine (Jean); 207. Gouinguenet (Charles) ; 208. Toulet (Jacques); 209. Fournier (Michel) ; 210. Dunoyer (Jean).
211. Siméon (Jean) ; 212. Pertuiset (Bernard) ; 213. Suquet (Yves) ; 214. Belin (Pierre) ; 215. Blanc (Pierre) ; 216. Raynaud (Jean) ; 217. Gross (Jean) ; 218. Mlle Bourgeois (Madeleine) ; 219. Boutard (Jacques) ; 220. Le Damany (Louis).
221. Maillard (René) ; 222. Richard (Paul) ; 223. Touchard (René) ; 224. Prieur (Jacques) ; 225. Celle (Paul) ; 226. Debray (Jacques) ; 227. Duvernois (Georges) ; 228. Hoquet (Paul) ; 229. Von Essen (Jacques) ; 230. Avril (Jean).
231. Mlle Sidler (Elisabeth) ; 232. Michaud (Jacques) ; 233. Mlle Bosc (Marie) ; 234. Labouret (Georges) ; 235. Mlle Bacy (Ginette) ; 236. Haye (Gilbert) ; 237. Brule (Georges) ; 238. Deboos (Pierre) ; 239. Mlle Marlier (Lucie) ; 240. Kalachnikoff (Pierre).
241. Buge (André) ; 242. Renard (Jacques) ; 243. Colbert (Jean) ; 244. Lestradet (Henri) ; 245. Routier (Jacques) ; 246. Bernier (Etienne) ; 247. Marchand (Jean) ; 248. Puyo (Georges) ; 249. Briant (Janic) ; 250. Brulet (René).
251. Mercier (Jean) ; 252. Faure (Paul) ; 253. Vaysse (Sylvio) ; 254. Lordez (Pierre) ; 255. Cottrell (Xavier) ; 256. Nedey (Raymond) ; 257. Crouzatier (André) ; 258. Alexopoulos (André) ; 259. Poher (Michel) ; 260. Mlle Lautier (Nicole).
261. Pinel (Jacques) ; 262. Mlle Noailles ; 263. Desmonts (Georges) ; 264. Grignon (Jean) ; 265. Bruel (André) ; 266. Mlle Daveau (Jeanne) ; 267. Chambionnat (Michel) ; 268. Gravot (Pierre) ; 269. Mlle Leissen (Anne) ; 270. Barbe (Pierre).
271. Mlle Chausse ; 272. Mlle Schnabel ; 273. Cordier (Roger) ; 274. Lemoine (André); 275. Bruezière (Jacques) ; 276. Poncet (Paul) ; 277. Mlle Noviant ; 278. Natali (Jean) ; 279. Godin (Jean) ; 280. Villiaumey (Jacques).
281. Mlle Bouvot (Henriette); 282. Dirand (Robert) ; 283. Minier (Yves) ; 284. Mlle Villedrouin ; 285. Denoyelle (Jacques) ; 286. Bertrand (Jacques-François) ; 287. Vivier (Jacques) ; 288. Morinière (Jean); 289. Gelinet (Maurice); 290. Pauleau (René).
291. Marmin (Pierre) ; 292. Sevin (Paul) ; 293. Vazeux (Jacques) ; 294. Leblay (Roger) ; 295. Faucheur (Jean) ; 296. Genot (Maurice) ; 297. Dumoncel (Jacques) ; 298. Teinturier (Jules) ; 299. Bouffard (Jacques) ; 300. Abbas (Raoul).
301. Delatre (Georges) ; 302. Branthomme ; 303. Rolland ; 304. Mory (Jean) ; 305. Maribas (Fernand) ; 306. Cerbonnet (Georges) ; 307. Balandra (Marc); 308. Zlatoff (Pierre) ; 309. Proche (Claude); 310. Catta (Jacques).
311. Gaignoux (Yves) ; 312. Poteaux (André) ; 313. Herve (Raoul) ; 314. Hebert (Roland) ; 315. Harel (Jean) ; 316. Mme Basset, née Troisier ; 317. Guillaume (Jean) ; 318. Baron (Jacques) ; 319. Meunier ; 320. Bertheaume.
321. Mlle Chancel (Geneviève) ; 322. Leveque (Bernard) ; 323. Bodin (Francis) ; 324. Troudet (Jean) ; 325. Herrault (André) ; 326. Betourne (Claude) ; 327. Roger (Pierre) ; 328. Fruchard (Louis) ; 329. Rougeulle (Jacques) ; 330. Sero Guillaume.
331. Joannes (Alain) ; 332. Decerisy (Jean) ; 333. Klein (Roger) ; 334. Mlle Regnault (Paule) ; 335. Mlle Girardier (Claude) ; 336. Bouelle (Jean) ; 337. Chataigneau (Jacques) ; 338. Larget (Paul) ; 339. Pequignot (Georges) ; 340. Stephan (Victor).
341. Mlle Rodrigues (Ely); 342. Doll (Jean); 343. Le Courtois (Pierre) ; 344. Malvezin (Jean) ; 345. Bosquet (Gilbert); 346. Peron (Robert) ; 347. Mazière (Jacques) ; 348. Boissy (François) ; 349. Reberteau (Jean) ; 350. Connault (Jacques).
351. Bonfils (Serge) ; 352. Paque (Claude) ; 353. Noel (Paul) ; 354. Bessi (Ernest) ; 355. Etienne (Pierre) ; 356. Guilhem (Jean) ; 357. Rousset (Jacques) ; 358. Dechy (Jacques) ; 359. Huc (Michel) ; 360. Davaine (Alfred).
361. Cadoret (Jean) ; 362. Mlle Eustache (René) ; 363. Mlle Geber (Marcelle) ; 364. Ramon (Jean) ; 365. Baudoux (Michel) ; 366. Poinsard (Guy) ; 367. Fallas (André) ; 368. Hug (Jean) ; 369. Segalen (Jean) ; 370. Mlle Carette (Lysiane).
371. Yger (Marcel) ; 372. Prevost (Henri) ; 373. Neumann (Georges) ; 374. Rousselet (Jean) ; 375. Lagrange (Jean) ; 376. Dujardin (Antoine) ; 377. Robert (René) ; 378. Bonniot de Ruisselet ; 379. Joly (Pierre) ; 380. Mlle Guenot (Germaine).
381. Jacquemart (Pierre) ; 382. Hamel (Daniel) ; 383. Ramon (Paul) ; 384. Mlle Florand (Colette) ; 385. Faivre (André) ; 386. de Ponton d'Amecourt; 387. Dumery (Paul) ; 388. Lefèvre (Jacques) ; 389. Denier (Michel) ; 390. Lestocquoy (Charles)
391. Homualk (Georges) ; 392. Mlle Voyemant (Andrée) ; 393. Batisse (Raymond) ; 394. Remond (André) ; 395. Mlle Mignot (Hélène) ; 396. Roussillon (Jean) ; 397. Fossier (Jean) ; 398. Baudet (André); 399. Paris (Pierre); 400. Genevray (Jean).
401. Dispan de Floran ; 402. Coutureau (Paul) ; 403. Robineaux (Roger) ; 404. Housset (Edouard) ; 405. Habib Georges); 406. Lepront (Roland); 407. Brion (Serge) ; 08. Dubray Vautrin ; 409. Laurent (François) ; 410. Mlle Leroy (Françoise).
411. Duvelleroy (Charles) ; 412. Girault (Pierre) ; 413. Mme Nicolaidis, née Lecontour ; 414. Mlle Breton, dit Robert ; 415. Dewe (André) ; 416. Morin (Pierre); 417. Meyer (Jacques); 418. Cardin (Michel) ; 419. Mlle Paraf (Madeleine) ; 420. Mlle Spoerry (Anne).
421. Palfer-Sollier ; 422. Prudhomme (Pierre) ; 423. Dionnet (Jean) ; 424. Fontanel (Jean) ; 425. Devaux (Jean) ; 426. Blanchet (Pierre) ; 427. Chirie (Michel) ; 428. Vandooren (Michel) ; 429. Le Quintrec (Jean) ; 430. Coutel (Yves).
431. Dubrisay (Jacques) ; 432. Moisan (Yves) ; 433. Cornillot (Robert); 434. Redor (Maurice) ; 435. Baudoin (Yves) ; 436. Mlle Thernot (Violette) ; 437. Cavagna (Emile) ; 438. Leveque (Georges) ; 439. Postel (Michel) ; 440. Mlle Hurel (Micheline).

Voir la suite des Informations page 194

Jeunesse et Montagne recherche jeunes médecins et dentistes pour le service médical de leur centre de montagne des Alpes ; conditions : être Français d'origine, docteur en médecine, ni israélite, ni franc-maçon, avoir satisfait aux obligations militaires. Conditions d'aptitude physique sévères, traitement 40 à 53.000 francs. Contrat de un an, avec préavis de trois mois. S'adresser : Médecin-Chef, **Jeunesse et Montagne**, 16, rue du Drac, Grenoble (Isère). 2184

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites Intestinaux

MICROLYSE

Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense

LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-X°

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR

SINAPISME RIGOLLOT

RÉVULSION RAPIDE ET SURE

POUDRE DE MOUTARDE RIGOLLOT
POUR USAGE MÉDICAL

Cataplasmes sinapisés - Grands Bains - Bains de Pieds

Vente en Gros : DARRASSE, Ph^cien, 13, rue Pavée, PARIS
R. C. 17602

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CONSTIPATION		
BOLDOLAXINE Laboratoire CHARPENTIER 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e)	*Extrait spécial de Boldo Poudre de Belladone Evonymine brune, Agar-Agar 1 à 2 comprimés 1/2 heure avant le repas du soir*	La constipation sous toutes ses formes
DIABETE et ses complications		
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
HYPERCHLORHYDRIE		
SEL DE HUNT Laboratoire Alph. BRUNOT 16, rue de Boulainvilliers, Paris (16e)	*Granulé friable, à base de carbonates absorbants, neutralisants et calmants* (Na, Ca, Mg)	Hyperchlorhydrie Fermentations acides Gastralgies
INSUFFISANCE HEPATIQUE		
VULCRINOL Laboratoires CARTERET 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)	*Extrait de foie de veau* FRAIS *Thiosulfate de magnésium Hexaméthylène tétramine*	Insuffisance hépatique Etats anaphylactiques Intoxications
RECONSTITUANT		
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
SULFAMIDE PYRIDIQUE 402 M		
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
SULFAMIDE 109 M		
PULMOREX (409 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies

Copyright VI-10-1942







Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique



AUCUNE
CONTRE-INDICATION

est justiciable de la **NÉVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel
PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates cérébraux (0,40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

LÉON BABONNEIX

(1876-1942)

La *Gazette des Hôpitaux* est en deuil : l'un de ses rédacteurs en chef, notre bien cher ami le Dr Léon Babonneix, vient de succomber loin de nous, dans sa propriété de la Creuse. Sa santé l'avait forcé à venir y chercher du repos au début de 1940. Malgré son éloignement, il n'avait cessé d'apporter à son cher journal cette collaboration précieuse qu'il avait commencée dès son internat et que la mort seule a pu interrompre.

Au cours de ces derniers mois, pendant les répits que lui laissaient des crises cardiaques de plus en plus fréquentes, toutes ses pensées allaient à sa chère *Gazette*. Jamais ses conseils ne furent plus sages et plus avisés que ceux qu'il nous adressait en même temps que des travaux où l'on retrouvait la précision et la documentation dont il sut toujours s'entourer. C'est que Babonneix était la conscience même, il n'avançait jamais rien sans l'avoir contrôlé, sans être remonté aux sources. Aussi, tant en neurologie qu'en pédiatrie, il s'était acquis un renom qui dépassait les frontières de notre pays. Notre ami possédait au plus haut point le don de l'enseignement, il était aussi un merveilleux clinicien. Nombreux sont les confrères qui eurent recours à sa science et à son cœur, pour eux-mêmes ou pour leurs enfants. A l'amitié et à l'admiration s'ajoutaient ainsi bien des dettes d'une reconnaissance qui ne s'éteindra pas.

Léon Babonneix était né à Aubusson, le 29 juin 1876, à quelques kilomètres de sa propriété de Lachaud où il vient de succomber. Il était le fils d'un professeur de l'Université justement estimé et c'est, si mes souvenirs sont exacts, à l'Ecole Alsacienne, à Paris, qu'il fit ses études classiques. Suivant l'exemple donné par son oncle Dedet (de Martigny), Babonneix commença sa médecine en 1891. En 1893, nous étions externes ensemble chez Letulle. Dans ce service, à Saint-Antoine, s'ébaucha une amitié qui devait durer jusqu'à sa mort. En 1898, il arrive à l'internat dans une promotion dont les deux premiers étaient Guillain et Lœper et qui comptait notamment Pagniez et mon frère Louis Le Sourd. En 1902, Babonneix obtint la médaille d'or et consacra aux *paralysies diphtériques* une thèse restée classique. Ses maîtres avaient été Duplay, Thoinot, Gaucher, mais surtout Raymond, à la Salpêtrière, Grancher et enfin Hutinel aux Enfants-Assistés. En 1912, notre collègue était nommé médecin des hôpitaux. En 1914, enfin, pendant la guerre, il dirigeait un centre neurologique et rapportait du front, en 1915, la Légion d'honneur et deux citations. Il était officier de la Légion d'honneur.

Babonneix a été à la fois un neurologiste réputé et un pédiatre de très grande classe. Aussi fut-il appelé à la présidence de la Société de Neurologie, de la Société de Pédiatrie et de la Société de Thérapeutique, avant d'être élu, en 1939, membre titulaire de l'Académie de Médecine.

Ses publications ont été extrêmement nombreuses et importantes. Outre sa collaboration à la *Gazette des Hôpitaux*, qui fut si appréciée de nos lecteurs, rappelons d'abord son livre sur *les maladies nerveuses des enfants*, avec Hutinel (1909). Il dirigea ensuite, avec le professeur Emile Sergent et Louis Ribadeau-Dumas, le *Traité de Pathologie interne et de Thérapeutique appliquée*, en 34 volumes ; avec le professeur Pierre Nobécourt, le *Traité de Médecine des Enfants*. En 1924, il publia un volume sur la *Chorée de Sydenham* ; en 1929, la *Syphilis héréditaire du système nerveux ;* en 1939, *Les Maladies des Enfants*, plusieurs monographies de thérapeutique ou de diététique infantiles, etc.

Babonneix possédait une culture classique bien rare actuellement. Il lisait couramment les auteurs grecs dans le texte original ; il n'était pas moins passionné pour la littérature française. Lamartinien convaincu, il a publié, on le sait, de nombreux articles dans la *Revue des Deux Mondes*, notamment sur Julie Bouchaud des Hérelles et sur le Dr Alin, médecin de Lamartine et d'Elvire.

Qui dira tout ce que l'on doit à la bonté de Babonneix ? Nous savions qu'il donnait son temps, ses forces et son dévouement à bien des œuvres d'entr'aide professionnelle. Il était aussi membre du Conseil de l'Œuvre Grancher et apportait son appui à d'autres œuvres que je ne puis citer, car Babonneix, en chrétien, se cachait pour faire le bien.

Avec une infinie tristesse, nous adressons à notre ami un dernier adieu, gardant l'espoir qui était le sien, de nous revoir dans un au-delà meilleur.

Nous pensons aussi à la douleur de son admirable compagne, à celle de son fils. Leur deuil est celui de tous ceux qui, dans notre rédaction et dans notre administration, ont connu et ont aimé le cher ami disparu.

F. L. S.

Nous continuerons pieusement dans ce numéro et les suivants la publication des derniers travaux que Babonneix adressait récemment à notre journal.

SUR QUELQUES CAS D'ŒDÈMES D'ORIGINE ALIMENTAIRE

par MM. Warembourg, Poiteau, Biserte
(de Lille)

Les restrictions alimentaires de la période actuelle font naître une pathologie sinon nouvelle, tout au moins oubliée depuis de nombreuses années. Parmi les manifestations cliniques qu'il convient de lui rattacher, les œdèmes alimentaires occupent une place de choix. Observés déjà pendant la guerre de 1914-1918 surtout dans les empires centraux, ils viennent de faire une apparition nouvelle et nombre de travaux français récents y ont été consacrés. Il nous a été donné d'observer au cours de ces derniers mois quatre malades qui en étaient atteints. Soulignons immédiatement que ces sujets n'appartenaient nullement à l'une de ces collectivités d'asiles ou de prisons où ont pu être récemment observées de véritables épidémies d'œdèmes carentiels : ils s'étaient au contraire présentés séparément à la consultation et venaient en droite ligne du milieu familial : ils participaient simplement des restrictions alimentaires générales. Relatons d'abord brièvement leur histoire clinique.

Observation I. — Homme de 43 ans, entré à l'hôpital le 26 mai 1941 pour asthénie intense, œdème des membres inférieurs et douleurs dans la jambe gauche. A maigri considérablement depuis trois mois. Accuse une sous-alimentation marquée.

A l'examen, sujet amaigri, pâle. Œdème périmalléolaire bilatéral, blanc, mou, prenant le godet, augmentant à la fatigue, diminuant par le repos au lit ; cœur normal ; orthodiagramme normal ; bradycardie entre 50 et 60 ; diurèse entre 2 et 3 l. ; pas de substances anormales dans l'urine ; pas de cylindrurie ; tension artérielle : 11,5-6 ; réactions de Kahn et Meinicke négatives.

Traitement : repos au lit ; alimentation substantielle et variée ; injections de vitamine B^1. L'œdème disparaît, même à la fatigue.

Le malade sort guéri le 25 juin.

Observation II. — Homme de 56 ans, entré le 24 juin 1941 pour œdème des membres inférieurs durant depuis deux mois, atteignant les deux pieds et les jambes dans leur tiers inférieur, augmentant le soir après la fatigue, mais ne disparaissant jamais complètement. Œdème blanc, mou, gardant le godet.

Sujet amaigri, ayant subi des privations. Quelques douleurs de type rhumatismal aux hanches et aux genoux ; cœur normal cliniquement et radiologiquement ; pouls à 70 ; T. A. : 14-8 ; diurèse entre 2 l. 500 et 3 l. ; ni sucre, ni albumine, ni cylindres ; réaction de Kahn : +.

Disparition des œdèmes par le repos au lit et un régime alimentaire convenable. Un anthrax de la nuque retarde la sortie du malade qui se fait le 6 novembre. Guérison complète des œdèmes.

Observation III. — Homme de 56 ans, entré le 27 juillet 1941. A beaucoup maigri depuis deux ans (de 73 kg. à 50 kg.). Asthénie profonde ; œdème périmalléolaire bilatéral, blanc, mou ; quelques douleurs diffuses de type rhumatismal ; cœur normal cliniquement et radiologiquement ; pouls : 70 ; T. A. : 12-7 ; foie normal ; diurèse entre 1 l. 500 et 3 l. ; ni sucre, ni albumine, ni cylindres ; P. S. P. : 65 %.

Disparition des œdèmes par le repos au lit et le régime alimentaire de l'hôpital.

Observation IV. — Homme de 50 ans, entré le 31 octobre 1941 pour œdème des membres inférieurs, durant depuis quelques jours.

A maigri de 6 kg. en quelques mois ; sous-alimenté ; œdème important atteignant le tiers moyen des jambes, blanc, mou, indolore ; cœur normal cliniquement et radiologiquement ; pouls à 60 ; T. A. : 14-8 ; diurèse entre 2 l. 500 et 3 l. ; ni sucre, ni albumine, ni cylindres ; présence d'un doigt surnuméraire à chaque main ; a eu douze frères et sœurs présentant la même anomalie.

L'œdème disparaît en huit jours par le repos au lit et une alimentation équilibrée. Sort guéri.

Telles sont les quatre observations d'œdème carentiel qu'il nous a été donné d'observer. Justifions tout d'abord ce diagnostic. Les preuves en sont, en premier lieu, d'ordre négatif : c'est avec le plus grand soin que nous avons éliminé chez nos malades les causes possibles d'œdème : une exploration complète du cœur (orthodiagraphie, électrocardiographie), du rein (étude du sédiment urinaire, P S P — rapport chloré érythro-plasmatique — épreuves de l'eau de Volhardt — épreuve de Pasteur Vallery Radot de l'élimination en échelons du Cl Na), du foie (galactosurie alimentaire, N résiduel du plasma) a montré que l'intégrité de ces organes était parfaite. Nous nous trouvions de plus en présence de sujets profondément amaigris et asthéniés, avouant la sous-alimentation notable dont ils venaient de souffrir. Enfin le repos au lit et un régime plus abondant et plus équilibré ne tardaient pas à faire disparaître les œdèmes observés, de façon complète et définitive : ainsi la preuve était faite de la nature carentielle des manifestations étudiées.

Etudions donc l'aspect clinique et humoral sous lequel s'est présenté l'œdème chez nos malades :

Etude clinique

On sait que les œdèmes carentiels sont habituellement peu importants, dépassant rarement le tiers supérieur de la jambe ; souvent ils se localisent à la région périmalléolaire. Ils sont blancs, mous, indolents, gardent le godet. Ils disparaissent par le repos au lit, pour réapparaître sous l'influence de la fatigue : il en était bien ainsi chez nos malades.

Ces œdèmes surviennent chez des sujets ayant notablement *maigri* et présentant une *asthénie* considérable : nos quatre patients étaient profondément amaigris et fatigués.

Un signe noté par la plupart des auteurs est la *bradycardie*. Deux de nos malades avaient un pouls inférieur à 70 ; chez l'un d'eux, un rythme de 50 était fréquemment observé.

Les troubles de la *diurèse* sont importants à étudier au cours des œdèmes carentiels. Selon Mauriac et ses collaborateurs, pendant les périodes de début et d'état de la maladie, la diurèse est normale ou un peu diminuée ; mais à peine le malade est-il mis au repos que se produit une véritable débâcle polyurique : les urines sont alors de densité élevée, riches en urée et surtout en chlorures.

C'est bien ce que nous avons observé chez nos malades qui, aussitôt mis au lit, accusèrent une diurèse quotidienne variant de 2 à 3 litres.

Rappelons à ce propos, dans un ordre de faits un peu différent, les constatations récentes de Decourt, Sassier et Bastien qui viennent de décrire, au cours de certains états de dénutrition par restriction alimentaire, des syndromes polyuriques coexistant avec un amaigrissement important, une baisse de la tension artérielle, une bradycardie sinusale, un abaissement du métabolisme basal. Cette polyurie diffère de celle du diabète insipide parce qu'elle ne s'accompagne pas de polydipsie et ne régresse pas par le régime déchloruré. Ce syndrome diffère bien entendu de l'œdème carentel et peut même lui être opposé. L'un et l'autre pourtant dérivent d'une origine commune, à savoir une anomalie dans le métabolisme de l'eau : il n'était donc pas inutile de les rapprocher dans cette étude.

Signalons pour en terminer avec ces considérations cliniques que la *diarrhée* s'associe fréquemment aux œdèmes par carence : nous ne l'avons pas notée chez nos malades.

Etude humorale

En ce qui concerne tout d'abord les éléments figurés, Mauriac, Laval, Memmayou et Léger signalent une anémie légère paraissant relever seulement de l'hydrémie sérique.

La formule leucocytaire, les temps de saignement et de coagulation sont normaux.

Le chlore sanguin, pour Mauriac et ses collaborateurs, varierait selon le stade de la maladie. On observerait avant la débâcle urinaire une hyperchlorémie surtout plasmatique. Puis à la phase polyurique, se manifesterait une hypochlorémie globale, plasmatique et globulaire d'ailleurs peu accusée.

Selon Gounelle, Sassier, Marche et Bachet, il n'existerait pas de perturbations appréciables dans les taux de Cl, de Na, de K sanguins.

Le taux de chlore sanguin de nos œdémateux, mesuré à l'extrême début de la phase polyurique s'est révélé sensiblement normal dans deux cas, globalement abaissé dans les deux autres. Signalons en outre que le rapport chloré érythro-plasmatique normal dans un cas, était plus ou moins abaissé dans les trois autres : 0,49, 0,43, 0,38.

L'urée sanguine est normale chez ces malades.

Guy Laroche, Grigault et Trémolières ont observé une élévation de *l'azote résiduel du sérum ;* cette anomalie s'observe aussi chez certains sujets profondément amaigris par sous-alimentation, mais non œdématiés. Elle disparaît généralement par la surcharge du régime en lait. Elle semble liée à la dénutrition, l'organisme, privé de protides exogènes, faisant appel à ses propres tissus.

Chez nos malades, le taux d'azote résiduel était anormalement élevé dans deux cas sur quatre : 0,283, 0,299.

La glycémie est normale dans les œdèmes carentiels pour Mauriac, Laval, Memmayou et Léger. Au contraire, Gounelle, Bachet, Sassier et Marche la trouvent très abaissée à la période d'état. Elle s'est révélée normale dans nos cas.

Les *lipides sanguins* seraient abaissés pour Mauriac, normaux au contraire pour Gounelle.

Rappelons, à propos de lipides sanguins que Coste, Grigault, Hardel et Cupron ont montré un abaissement du phosphore lipidique du sérum à la faveur de la sous-alimentation actuelle. Cet abaissement ne porte pas sur le phosphore lipidique globulaire répondant à des phospholipides « constitutifs » par opposition aux phospho-lipides plasmatiques qui sont « fonctionnels » et jouent un rôle important dans le métabolisme des graisses.

Pour Mauriac, Gounelle, la *cholestérolémie* est normale dans les œdèmes carentiels. Par contre Guy Laroche, Bompard et Trémolières signalent une diminution du cholestérol sérique avec élévation du rapport $\frac{\text{esters du cholestérol}}{\text{cholestérol libre}}$ Chez trois de nos malades, la cholestérolémie était normale. Elle était un peu augmentée chez le quatrième : 2 gr. 30.

Plus intéressante à considérer est l'étude des *protides sanguins*. On trouve souvent dans les œdèmes carentiels une hypoalbuminémie portant surtout sur la sérine, de sorte que le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ se trouve diminué ou inversé : syndrome identique à celui que l'on observe dans la néphrose lipoïdique. Toutefois cette modification n'est pas constante, comme en témoignent les résultats contradictoires des divers chercheurs.

Pour Mauriac, Laval, Memmayou et Léger, les modifications de la protidémie constituent le signe humoral le plus constant des œdèmes carentiels. Les protides totaux s'abaissent dans une proportion de 30 à 40 %, oscillant entre 45 et 60 grammes par litre. Cette diminution porte exclusivement sur la sérine, la globuline étant à peine diminuée ; ainsi le quotient protidémique est-il nettement inversé. A la guérison, la protidémie tend à revenir vers la normale, mais reste en général basse ; de même le quotient $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ atteint difficilement 1,20. Il arrive même que malgré la guérison clinique, le trouble humoral persiste.

Guy Laroche, Bompard et Trémolières signalent aussi, dans huit cas, l'hypoprotidémie et l'inversion du rapport.

De même, Gounelle, Sassier, Marche et Bachet observent en général l'hypoprotidémie par hyposérinémie dans les œdèmes par carence. Il leur a été donné, en outre, d'étudier les protides sanguins dans une collectivité sous-alimentée à la phase précœdémateuse : ils ont le plus souvent observé dans ce cas une protidémie normale avec sérinémie haute, globulinémie basse et rapport pouvant s'élever jusqu'à 4,44 ; plus rarement (3 cas) l'hypoalbuminémie par hyposérinémie existait déjà à cette phase de la maladie.

Ces constatations sont à rapprocher de celles de Decourt, Sassier et Bastin qui, étudiant les polyuries par restriction alimentaire, observent en pareil cas une albuminémie normale, mais avec un quotient albumineux élevé : entre 3 et 4. Ce syndrome, concluent les auteurs, doit donc s'opposer aux œdèmes de famine, mais il est possible qu'il représente une première étape différente d'un même trouble physio-pathologique fondamental, vraisemblablement lié au déséquilibre protido-lipidique de la ration alimentaire.

D'autres auteurs, au contraire, n'observent pas l'hypoalbuminémie par hyposérinémie dans les œdèmes carentiels. Gounelle la voit manquer dans certains cas. Coste, chez quinze œdémateux de ce type, rencontre une protidémie et un quotient albumineux normaux.

Pour en terminer avec cette question, signalons que, sur l'hypothèse que l'hypoprotidémie, en pareil cas, était due à l'insuffisance de la ration en albumine, Gounelle, Marche, Bachet et Mande ont recherché l'action d'une alimentation riche en albumine sur les protides sanguins de ces malades. Donnant de la caséine à la dose considérable de 150 grammes par jour, ils n'en ont observé aucune action sur les troubles humoraux antérieurement observés.

La question est donc complexe et les résultats obtenus contradictoires. Chez nos malades, la protidémie s'est révélée normale ou même un peu augmentée. Dans deux cas le quotient albuminémique était élevé ; il était au voisinage de l'unité dans les deux autres cas.

Un facteur humoral peu étudié dans les œdèmes carentiels est l'*équilibre acide-base*. On sait pourtant qu'il exerce une action importante sur l'imbibition des tissus. On se rappelle les expériences de Fischer montrant que l'acidité du liquide dans lequel est plongé un muscle de grenouille, favorise l'imbibition de celui-ci. Violle remarque, de même, qu'un membre de grenouille ligaturé plongé dans l'eau et, de ce fait œdématié, présente une réaction acide.

Nous avons, chez nos malades, mesuré la réserve alcaline. Elle s'est montrée anormalement élevée dans les quatre cas, et parfois de façon notable : 84, 85, 79, 76. Les chiffres en général abaissés, chez nos sujets, du rapport chloré érythro-plasmatique indiquent en outre que cette élévation de la réserve alcaline doit être rapportée, non à une acidose gazeuse, mais bien plutôt à une alcalose non gazeuse, par augmentation du taux des bicarbonates.

Ces troubles de l'équilibre acido-basique entrent-ils pour une part dans le déterminisme des œdèmes observés. Soutenir cette hypothèse irait, à première vue, à l'encontre des expériences de Fischer selon lesquelles, l'acidose et non l'alcalose représente une cause possible d'œdèmes. Toutefois on sait que l'enrichissement de l'organisme en bicarbonate de soude, à la suite d'ingestion de ce corps par exemple, peut aboutir à des œdèmes. Peut-être en est-il de même chez nos malades : ce n'est là d'ailleurs qu'une hypothèse, qui demanderait à être vérifiée.

Il reste un dernier facteur à envisager dans le déterminisme des œdèmes carentiels : c'est l'*avitaminose*.

Heuyer a tendance à rapporter au béribéri les œdèmes avec polyurie éclatant actuellement par véritables épidémies dans les asiles ou les prisons. Coste, au contraire, admet difficilement cette conception qui s'accorderait mal de la bradycardie observée dans les œdèmes de famine et de la disparition de ces derniers en dehors de toute administration de vitamine B^1.

De même, Guy Laroche, Bompard et Trémolières ont noté l'association d'œdèmes carentiels au béribéri à forme cardiaque ou nerveuse et au scorbut fruste : mais ils n'ont observé dans ces cas aucune rétrocession significative des œdèmes sous l'action des vitaminothérapies B^1 et C.

Gounelle, Bachet, Raoul et Marche, dans les états de précœdème carentiel, ont noté une hypovitaminose A et C. Enfin Justin Besançon fait ressortir le parallélisme existant entre les œdèmes nutritionnels et la pellagre.

Nos recherches à cet égard ont été très incomplètes. Chez deux malades seulement nous avons recherché la précarence en facteur C et l'avons d'ailleurs décelée, considérable. Chez un troisième, nous avons administré à titre thérapeutique de la vitamine B^1 et n'avons nullement remarqué d'évolution plus rapidement régressive des œdèmes.

Il est difficile de tirer de cet ensemble de recherches parcellaires des

conclusions formelles. Il semble toutefois en découler que le rôle de l'avitaminose dans le déterminisme des œdèmes carentiels, s'il existe, ne saurait être que secondaire.

Le *traitement* des œdèmes carentiels est des plus simples.

Il consiste tout d'abord, cela va de soi, en la prescription d'un *régime suffisamment* riche et équilibré. C'est à ce titre que le lait, aliment complet, a pu, entre les mains de Brodin, donner d'excellents résultats dans le traitement des œdèmes carentiels. Il ne jouit d'ailleurs pas, à cet égard, d'un privilège exclusif : tout régime complet et équilibré aboutit au même résultat.

La *déchloruration* du régime constitue un adjuvant utile, ainsi que l'ont montré Gounelle, Bachet et Marche.

Enfin, selon Mauriac, l'agent thérapeutique le plus efficace en pareil cas est le *repos au lit*. Nous avons vérifié complètement cette assertion.

Essayons, avant de conclure, d'apprécier si l'étude de nos observations apporte une contribution nouvelle à la connaissance des œdèmes par carence.

Les constatations cliniques que nous avons faites vérifient simplement les notions acquises. Dans l'ordre biologique, nous retrouvons, de façon inconstante d'ailleurs, l'hypochlorémie globale et l'augmentation du taux d'azote résiduel plasmatique signalées déjà par quelques auteurs. Au contraire, la protidémie s'avère sensiblement normale chez nos malades et cette constatation, contradictoire avec la majorité des recherches antérieures, s'accorde au contraire avec les résultats observés par quelques auteurs (Coste).

Enfin, nos sujets apparaissent tous atteints d'une alcalose non gazeuse avec enrichissement plasmatique en bicarbonates qui, peut-être, joue un rôle dans le déterminisme des œdèmes observés.

Une dernière remarque doit être faite. Les œdèmes observés chez nos malades, s'ils reconnaissent la carence alimentaire pour leur cause essentielle, supposent aussi des conditions prédisposantes inhérentes au terrain de chaque individu. Il ne s'est pas agi ici, en effet, d'œdèmes carentiels collectifs où tous les individus du groupe réagissent de manière sensiblement similaire à des restrictions identiques. Au contraire, il s'est agi de sujets soumis simplement aux restrictions alimentaires générales et qui seuls parmi beaucoup d'autres soumis aux mêmes conditions, ont extériorisé des œdèmes. Pourquoi eux et non les autres ? Parce que vraisemblablement ils portaient en eux des causes prédisposant à l'œdème et sur la nature desquelles il est difficile de se prononcer.

De tout cela, une conclusion doit être tirée : c'est la complexité du mécanisme des œdèmes carentiels, comme de l'œdème en général. Si dans certains cas ils s'expliquent par un processus défini, les modifications de la protidémie par exemple, il est bien certain que dans d'autres circonstances des facteurs différents interviennent, sur lesquels l'obscurité plane encore. « Il n'est pas possible, dit Mauriac, de rattacher un type clinique d'œdème à une pathogénie univoque. Il n'y a pas une pathogénie des œdèmes rénaux ou des œdèmes nerveux. » On pourrait ajouter qu'il n'existe pas une pathogénie des œdèmes par carence.

Travail de la Clinique Médicale et Phtisiologique du Professeur J. Minet, à la Charité, Lille

	I	II	III	IV
Urée .... Gr.	0,25	0,18	0,25	0,40
N. non protidique	0,294	0,320	0,310	0,227
N. résiduel	0,283	0,237	0,299	0,041
Cl. plasmatique	3,50	3,58	3,28	3,58
Cl. globulaire	1,72	1,93	1,25	1,60
R. $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmat.}}$	0,49	0,53	0,38	0,43
Réserve alcaline	84	79	85	76
Glycémie	0,90	0,91	0,80	0,93
Cholestérolémie	1,40	1,75	1,45	2,30
Albumine totale	86	70	84	65
Sérine	57	36	43	42
Globuline	29	34	41	23
R. $\frac{\text{Sérine}}{\text{Globuline}}$	2	1,08	1,06	1,82
Elimination de vitamine C	0	0		
Epreuve de Volhardt ...		normale	normale	normale
Epreuve de Pasteur Vallery-Radot		normale		normale
Cylindrurie	0	0	0	0
Galactosurie provoquée..	0	0	0	0
P. S. P.		60 %	65 %	

VARIABILITÉ DE LA RÉACTION DE SCHICK

par Robert Rendu
(de Lyon)

Nous nous sommes efforcé de prouver, dans un travail antérieur (1), que la réaction de Schick n'a pas la signification qu'on lui attribue communément et qu'elle mesure, non pas la réceptivité à la « maladie diphtérique » spontanément contractée, mais la sensibilité à une intoxication diphtérique artificiellement provoquée par l'inoculation d'une toxine fabriquée *in vitro*.

Indépendamment des réserves qu'il y a lieu de faire sur la signification intrinsèque de la diphtérino-réaction, nous croyons qu'il importe de bien mettre en évidence l'extrême diversité des résultats qu'elle donne : ceux-ci diffèrent d'abord suivant les individus, suivant leur sexe et surtout leur âge, suivant aussi les milieux sociaux (classe aisée, classe pauvre, citadins, campagnards) ou les races auxquelles ils appartiennent (race blanche ou race noire).

Ces faits sont connus depuis longtemps, et ce n'est pas sur eux que porte notre étude. Ce que nous voulons envisager ici, c'est la *variabilité des résultats de la diphtérino-réaction chez le même individu, au même âge* ; variabilité qui dépend de ce qu'on pourrait appeler le « réacté » (conditions dans lesquelles se trouve le sujet examiné), le « réacteur » (influence du coefficient personnel dans l'interprétation des résultats) et le réactif (dose et provenance de la toxine employée pour la réaction).

Examinons successivement chacun de ces *facteurs de variabilité*.

I. — Influence des conditions où se trouve le sujet examiné. — Il y a lieu d'envisager l'influence des saisons, de la fatigue, des maladies intercurrentes, etc.

1° *Influence des saisons.* — La réaction de Schick varie énormément, chez le même sujet, d'une saison à l'autre : Tubiasz, de Varsovie, a montré, en effet (2), dans une étude sur les fluctuations saisonnières de la réaction de Schick, que le pourcentage des enfants à Schick positif est bien plus élevé en hiver qu'en été.

2° *Influence de la fatigue.* — Le même sujet, examiné à vingt-quatre heures d'intervalle, peut avoir une réaction de Schick tantôt positive, tantôt négative, suivant l'état de fatigue où il se trouve.

Le fait a été bien étudié par Zlatogoroff et Kostereff (3) qui ont montré les oscillations de la réaction de Schick sous l'influence de marches forcées, de brusques changements de milieu, ou même de simples modifications de régime. Des constatations analogues ont d'ailleurs été faites sur de jeunes recrues, en 1934, par P. Feuillé, Ch. Blancardi et P. Thiry (4).

Contrairement à l'opinion de Park et d'Elizade qui estimaient que quand on avait un Schick négatif c'était « pour la vie », les auteurs précités ont constaté que le sens de la réaction de Schick, chez les jeunes recrues, pouvait être modifié par les fatigues de la vie militaire et le brusque changement d'habitudes et de régime : sur 246 sujets ayant un Schick négatif au moment de l'incorporation, une seconde réaction, pratiquée deux mois après, montra que chez 17 d'entre eux (près de 7 %) le Schick était devenu positif.

3° *Influence des maladies intercurrentes.* — La réaction de Schick varie de sens chez le même sujet, à l'occasion de certaines maladies intercurrentes. Le fait a été prouvé pour la grippe par P. Renard (5) et pour la scarlatine par Lereboullet, Marie et Brizard (6) : chez près de la moitié des sujets à Schick négatif, l'apparition de l'une ou l'autre de ces deux maladies rend le Schick momentanément positif.

4° *Influence de la vaccination jennerienne.* — Finkelstein, Wilgrand et Chochol (7) ont montré que la vaccination jennerienne « positivait », pendant quelques mois, le Schick des enfants qui avaient, auparavant, une réaction négative.

5° *Influence de l'injection de sérum de cheval.* — Hottinger et Lorenz (8), en injectant 1 à 2 centimètres cubes de sérum de cheval à 70 enfants, ont réussi, dans une proportion importante des cas, à « négativer » une réaction de Schick antérieurement positive, autrement dit, à vacciner ces enfants contre la diphtérie, si l'on admet l'équation des immunologistes en vertu de laquelle la négativation d'un Schick positif indique l'immunisation du sujet.

6° *Influence de l'adéno-amygdalectomie.* — Sur 151 opérations de végétations adénoïdes et d'amygdales pratiquées chez des enfants à Schick positif, Bela Schick, de New-York, et Anne Topper (9) ont observé, dans 81,5 % des cas, une négativation du Schick.

7° *Influence de l'hospitalisation.* — La négativation d'un Schick peut aussi résulter, comme l'ont montré Lereboullet et Joannon (10), du seul fait de l'hospitalisation, qui facilite les « contages vaccinants » en faisant voisiner le sujet réceptif avec un porteur de germes : cette « immunisation spontanée occulte » serait, d'après ces auteurs, fonction de la durée du séjour dans les hôpitaux.

Pour nous résumer, nous dirons qu'un sujet à Schick négatif pourra voir sa réaction positivée par l'hiver, le surmenage, le changement de régime, une grippe, une rougeole, une vaccination jennerienne ; inversement, un sujet à Schick positif pourra être négativé (c'est-à-dire soi-disant immunisé), non seulement par une injection vaccinale d'anatoxine, mais encore par l'arrivée de l'été, une injection de sérum de cheval normal, une opération de végétations adénoïdes et d'amygdales, ou tout simplement le fait d'être hospitalisé.

II. — Rôle du « coefficient personnel » dans l'interprétation de la réaction de Schick. — L'injection intradermique de toxine diluée produit, suivant les sujets, toute une gamme de réactions locales, depuis la papule à marbrures blanchâtres avec œdème et parfois escarre, jusqu'à la simple teinte rosée de la peau en un point limité, en passant par la plaque papuleuse rouge à base nettement indurée, par la macule rouge typique à base peu indurée, et par de larges zones rosées sans

induration (11). On conçoit, dans ces conditions, qu'il soit impossible de fixer une ligne de démarcation nette entre les cas positifs et les cas négatifs.

Dès lors, comme le remarque Renard, « *le coefficient personnel intervient fatalement dans l'appréciation des résultats* », certains auteurs (Vincent, Pilod et Zoeller, Meersseman) « comptant comme positifs tous les cas où la réaction n'est pas strictement négative », d'autres rangeant parmi les négatifs ceux dans lesquels la réaction n'est que légèrement ou très légèrement positive.

Le travail de Fricker (12) apporte des précisions sur le grand nombre de ces cas-limite : il trouve en moyenne, sur 100 cas, 80 réactions nettes, positives ou négatives, et 20 douteuses. Suivant que les auteurs rangeront les douteuses dans la catégorie des Schick positifs ou des Schick négatifs, la majorité « changera de camp ».

III. — Influence du dosage et de la provenance du réactif. — 1° *Variabilité du taux de dilution de la toxine injectée.* Rien n'est plus variable que la proportion des Schick positifs chez l'adulte, suivant les auteurs : alors que Park et Zingher donnaient, vers 1914, un pourcentage de 10 à 15 %, Sandras, Le Mer et Chauzy (13) trouvaient, en 1932, 23 % de jeunes recrues à Schick positif. Vincent, Pilod et Zoeller (14), 47 %, et Meersseman, 67 % (15).

Comment s'explique cette extrême diversité des résultats observés ? Elle tient surtout, croyons-nous, au fait que les auteurs ont employé des dilutions de toxine de concentration différente (16). Primitivement, l'Institut Pasteur livrait, en vue de la réaction de Schick, une toxine diluée à 1/600e. Depuis 1931, on a ramené progressivement le taux de la dilution de 1/600e à 1/500e, puis à 1/400e ; enfin Meersseman a utilisé une dilution à 1/300e.

Cette augmentation de concentration a eu pour résultat de faire ressortir un pourcentage de plus en plus élevé de Schick positifs. Ce résultat était d'ailleurs attendu, puisque ces mesures avaient été prises, nous dit P. Renard, pour « *relever le seuil de négativité de 1 réaction* ». Rien n'est plus instructif, à cet égard, que l'expérience faite à Tunis, en 1932 et 1933, par Sandras, Le Mer et Chauzy. Ces auteurs ont pratiqué la réaction de Schick chez les jeunes recrues, en 1932, avec une dilution à 1/600e, et en 1933, avec une dilution à 1/500e : les Schick positifs doublèrent presque, passant de 26 %, en 1932, à 43 %, en 1933, ce qui prouve bien que les résultats observés sont fonction de la dilution de toxine employée (17). Le même phénomène a été observé à Lyon, où F. Meersseman a employé une toxine dont le taux de dilution était de 1/300e, ce qui a eu pour corollaire immédiat de faire passer le chiffre des Schick positifs de 40-50 % à 70-80 % (18). Dans l'expérience lyonnaise, le changement de taux de dilution a opéré un véritable « déplacement de majorité », puisque les sujets dits réceptifs, qui étaient en minorité avec les anciennes dilutions, acquéraient la majorité du fait qu'on employait une dilution à 1/300e. L'expérience de Meersseman est d'autant plus intéressante que cet auteur ne s'est pas contenté de comparer deux séries de jeunes recrues « schickées » avec des dilutions de taux différent : il a pratiqué aussi, chez 7.000 jeunes soldats, une double réaction, l'une au taux de l'Institut Pasteur, l'autre au taux de 1/300e : 8 à 10 % des sujets avaient un Schick simultanément positif à l'avant-bras droit et négatif à l'avant-bras gauche (19).

Que penser vraiment de la valeur d'un test auquel on peut faire dire ce que l'on veut, suivant la dose de réactif employée ? — Que signifierait une recherche de sucre dans les urines, si le résultat variait avec l'état de concentration de la liqueur de Fehling employée ?

2° *Instabilité de la toxine utilisée comme réactif :* Un certain nombre d'auteurs ont été frappés par la grande variabilité des résultats qu'ils obtenaient chez un même sujet, suivant l'échantillon de toxine employé. Sandras, Le Mer et Chauzy (20) disent avoir observé des « *variations considérables suivant certaines ampoules d'un même envoi* ». Vialatte (21) confirme le fait grâce à des expériences méthodiquement conduites : opérant, en 1934, sur de jeunes recrues appartenant à trois unités différentes, il a trouvé, respectivement, 7, 12 et 15 % de Schick positifs. Procédant ensuite à une *réaction de contrôle avec une autre ampoule de toxine du même lot*, il a observé, pour les mêmes unités, 37, 73 et 67 % de Schick positifs, soit en moyenne une proportion *cinq fois plus forte*. Tous ces Schick avaient cependant été faits « avec de la toxine fraîchement reçue et conservée à l'obscurité dans la glacière du laboratoire ». Et Vialatte de conclure, avec raison : « Il nous paraît démontré que la toxine diphtérique utilisée pour les réactions de Schick, n'est pas douée d'une stabilité suffisante pour donner, dans les mêmes conditions de technique et de milieux, des réactions toujours comparables entre elles. Une épreuve qui se manifeste si inégale à elle-même risque de déconcerter et d'ébranler la confiance des non initiés ». Les remarquables expériences de Vialatte n'ont pas peu contribué à faire abandonner, dans l'armée, l'emploi de la réaction de Schick comme moyen de dépistage des sujets réceptifs à la diphtérie.

Conclusions. — Quelle que soit la véritable signification, encore discutée, de la réaction de Schick, il importe de souligner *l'extrême variabilité des résultats qu'elle donne chez le même individu*, suivant les conditions physiologiques (fatigue) ou pathologiques (maladies « anergisantes » où il se trouve au moment de l'examen, suivant la façon dont on classe les cas-limite, suivant surtout le taux de dilution de la toxine employée comme réactif. A ces divers facteurs de variabilité se superpose enfin la *grande instabilité de la toxine* qui peut, suivant les différentes ampoules d'un même lot, faire apparaître un pourcentage de Schick positifs variant dans la proportion de 1 à 5 !

A la lumière de ces constatations, la réaction de Schick apparaît comme, *un instrument par trop élastique de mesure de l'immunité diphtérique :* aussi doit-il être abandonné, définitivement, comme moyen de contrôle de l'efficacité de la vaccination anti-diphtérique.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Rendu (Robert). Est-il prouvé que la réaction de Schick soit un test de réceptivité diphtérique ? *Gazette des Hôpitaux*, 22-25 octobre 1941, p. 841.
(2) Tubiasz. *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique*, 1932, tome XXIV, p. 200.
(3) Zlatogoroff et Kostereff. Oscillations des réactions de Schick et de Dick sous l'influence des marches forcées. *C. R. de la Soc. de Biologie*, tome CVII, 1931, p. 96.
(4) Feuillé, Blancardi et Thiry. Une réaction de Schick négative répond-elle de l'avenir ? *Soc. de Méd. Milit. Franç.*, 8 mars 1934, p. 38-42.
(5) P. Renard. La diphtérie chez les sujets à réaction de Schick négative. *Thèse de Lyon*, 194, p. 48 à 52.
(6) Lereboullet, Marie et Brizard. Cités par Renard. *Loc. cit.*, p. 52.
(7) Finkelstein, Wilgrand et Chochol. Réaction de Schick et inoculation vaccinale. *Zeit. für Kinderh.*, février 1928.
(8) A. Hottinger et E. Lorenz. *Klinische Wochenschr.*, 6 août 1932, tome XI, n° 32.
(9) Bela Schick et Anne Topper (New-York). Effets de la tonsillectomie et de l'adénoïdectomie sur l'immunité diphtérique. *Annales de Médecine*, mai 1931.
(10) Lereboullet et Joannon. *Soc. Biol.*, 1924. *Paris Médical*, 25 oct. et 27 déc. 1924.
(11) P. Renard. *Loc. cit.*, p. 20.
(12) Fricker. *Arch. de Méd. et de Pharm. Milit.*, tome CII, n° 1, p. 50.
(13) Sandras, Le Mer et Chauzy. *Revue d'Hyg. et de Méd. Préventive*, juillet 1934, p. 510-520.
(14) Vincent, Pilod et Zoeller. *Congrès de Méd. Strasbourg*, oct. 1921.
(15) Meersseman. *Arch. de Méd. et de Pharm. Milit.*, janv. 1932, p. 72.
(16) P. Renard. *Loc. cit.*, p. 18.
(17) Sandras, Le Mer et Chauzy. *Loc. cit.* p. 513-514.
(18) Meersseman. Réaction de Schick et vaccination antidiphtérique. *Soc. de Méd. Milit. Franç.*, 12 juillet 1934, p. 194.
(19) P. Renard. *Loc. cit.*, p. 18, 32 et 42.
(20) Sandras, Le Mer et Chauzy. *Loc. cit.*, p. 519.
(21) Vialatte. Une cause d'incertitude de la réaction de Schick. *Soc. de Méd. Milit. Franç.*, 13 déc. 1934, p. 305.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des encéphalopathies infantiles

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

On sait que, sous le nom d'*encéphalopathies infantiles* (Brissaud), on englobe un ensemble de symptômes soit moteurs, soit psychiques, soit, plus souvent, à la fois moteurs et psychiques, qui se développent toutes les fois que le cerveau de l'enfant a été troublé, dans son développement, par une lésion précoce et grave. A ce groupe appartiennent, entre autres, les syndromes *moteurs :* qu'ils soient spasmo-paralytiques : hémiplégie infantile et diplégies infantiles, dont la maladie de Little ; hypercinétiques : athétose et chorée doubles, tics et spasmes, convulsions et épilepsie ; atoniques, cérébelleux et *psychiques :* qu'ils portent sur l'intelligence : arriération, débilité mentales, idiotie, ou sur le caractère. C'est encore à lui que ressortissent nombre d'états en rapport avec une lésion définie de l'encéphale ou de ses enveloppes, méningites ou méningo-encéphalite chronique, scléroses cérébrales, microcéphalie et, surtout, hydrocéphalie.

Leur traitement doit d'autant plus attirer l'attention du médecin qu'elles sont très nombreuses et posent des questions délicates pour le praticien. Que faut-il faire ? Que faut-il ne pas faire ? Comment se comporter en présence de telle ou de telle éventualité ? Quels résultats attendre de la thérapeutique ? C'est ce que nous voudrions exposer sommairement ici.

Le traitement symptomatique comporte l'emploi de *médications* et d'un *régime* appropriés.

Les *médications* peuvent elles-mêmes être d'ordre *chimique, physique, biologique, psychologique, orthopédique* et *chirurgical*.

Au premier rang des médications *chimiques*, il faut placer :

Les *calmants du système nerveux*, surtout indiqués en cas de convulsions et d'épilepsie ; barbituriques, dont le gardénal, aux doses de 0 g., 02 à 0 g., 15, selon l'âge, par jour, en doses également réparties, sauf indications spéciales, sur les différentes heures de la journée. On les donnera dans un peu d'eau, en dehors des repas. Ils sont habituellement bien supportés et ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils produisent des éruptions de type biotropique (G. Milian), de la somnolence ou des phénomènes paralytiques. On en augmente souvent l'effet en leur associant, soit de la belladone, soit du tartrate borico-potassique (P. Marie, Crouzon et Bouttier), soit des extraits thyroïdiens (H. Claude) : bromures alcalins que l'on prescrit en potion, à prendre au milieu des repas aux doses de 0 g., 25 à 0 g., 50 par jour ; préparations à base de valériane ou d'oxyde de zinc.

Les *reconstituants généraux*, à base de calcium, de fer, de manganèse, de phosphore, administrés avec de fréquentes interruptions, les vitamines, et, particulièrement, la vitamine E, les amino-acides.

Le *traitement spécifique*, qui doit être précoce, intense, varié utilisera les arsenicaux trivalents (novarsénol, sulfarsénol, arsénomyl), en injections intraveineuses ou intramusculaires, selon l'âge, les préparations liposolubles de bismuth, en injections intramusculaires, le mercure sous forme d'huile grise ou d'amalgame de mercure et d'argent, en injections intramusculaires. Pour l'arsenic, les doses seront de 0 g., 005 à 0 g., 30, répétées tous les cinq jours jusqu'à concurrence de 10 ; pour le bismuth, on emploiera les ampoules « infantiles » qu'on trouve dans le commerce, et on fera une dizaine d'injections, une tous les cinq jours. Pour l'huile grise, les doses sont le III à VI gouttes, une fois par semaine, jusqu'à concurrence de 8. Ce traitement spécifique, qui sera fait par le médecin lui-même ou sous sa surveillance et sous sa responsabilité, doit être *suivi de très près*. On fera trois cures, séparées chacune par un intervalle d'au moins deux mois, les deux premières années. On pourra ensuite se contenter de deux.

Les médications *physiques* sont représentées par :

L'*hydrothérapie* chaude, faite soit à domicile, soit en des stations thermales, telles que Néris, Plombières. Elles sont particulièrement indiquées chez les sujets présentant des syndromes spasmo-paralytiques ou hypercinétiques.

L'électricité, sous forme d'ionisation calcique transcérébrale (G. Bourguignon), précieuse dans les syndromes spasmo-paralytiques et même psychiques, à condition d'en continuer suffisamment l'emploi.

Les *rayons ultra-violets*, employés comme reconstituants.

Les *massages doux* et la *mobilisation légère* des articulations enraidies lorsqu'il existe soit une contracture pyramidale, soit une rigidité extrapyramidale.

Sont *absolument interdits* les bains froids ou salés (d'où interdiction des bains de mer), l'électricité faradique, les massages violents, les tentatives de mobilisation brusque.

Parmi les *médications biologiques*, deux sont à retenir :

Les préparations à base d'*extraits embryonnaires*, renfermant l'hormone indispensable à la croissance ;

Les *extraits glandulaires*, isolés ou associés, surtout thyroïdien, mais aussi pituitaire, thymique, surrénal, en se fondant, tant sur l'examen clinique que sur les résultats — d'ailleurs discutés — de l'interférométrie. Ils doivent être donnés :

A toutes petites doses ;

De manière discontinue, par exemple, quatre jours par semaine (V. Hutinel) ;

Sous surveillance attentive, surtout quand on s'adresse à l'extrait thyroïdien, les premiers signes d'intolérance étant constitués par la nervosité, l'insomnie, le prurit et, surtout, par la tachycardie : on ne manquera pas de l'arrêter quand le pouls dépasse 80.

Le *traitement orthopédique et chirurgical* s'est grandement perfectionné au cours de ces dernières années, et pourra donner de bons résultats à condition d'être confié à des spécialistes, d'être entrepris de bonne heure et d'être continué avec patience, car, souvent, il s'agit d'interventions successives à étager sur plusieurs années.

Dans l'épilepsie rebelle aux barbituriques, on pourra essayer les injections d'air stérilisé par voie lombaire, sans savoir d'ailleurs à l'avance si ce traitement, dont, seuls, peuvent se charger les neuro-chirurgiens, réussira ou non (Cl. Vincent).

Les recherches de Speman sur les centres organisateurs montrent que la partie moyenne du *croissant gris* (1), greffée sur la paroi ventrale d'une gastrula de Grenouille, est capable d'y « faire » non de la peau, mais du tissu nerveux. Elles permettront peut-être un jour de parer à certaines agénésies cérébrales. Mais, pour le moment, elles ne sont pas encore sorties de la période expérimentale.

Dans tous les cas, la *psychothérapie* est indiquée. Elle donnera des effets d'autant meilleurs qu'elle sera confiée à des gens de métier. C'est dire que la méthode médico-pédagogique codifiée par Bourneville, ne pourra jamais être appliquée à domicile. D'autre part, nombre de troubles psychiques, qu'ils soient intellectuels ou caractériels, nécessitent l'envoi dans une maison appropriée. Pour ceux qu'on n'est pas obligé d'isoler, la vie à la campagne, dans de bonnes conditions hygiéniques, est particulièrement recommandable.

Le *régime* sera substantiel, aussi nourrissant que possible sous un petit volume. On en bannira résolument les excitants et, particulièrement, le café, le thé et l'alcool sous toutes ses formes.

Il faut bien reconnaître que le traitement approprié symptomatique, même lorsqu'il a été entrepris de bonne heure, et poursuivi avec persévérance, échoue dans la plupart des cas. Rien de plus aisé à comprendre, si l'on se rappelle que les lésions se sont constituées, pour la plupart, avant la naissance. Ces lésions étant souvent dues au tréponème, le mieux est donc d'instituer un TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE, dont voici les grandes lignes. Dès que la future maman aura quelques raisons de se croire enceinte — et l'on sait que des méthodes de laboratoire relativement simples permettent un diagnostic très précoce de la grossesse — elle devra, selon sa condition sociale, soit aller voir son médecin soit se rendre à l'une de ces consultations prénatales si bien mises au point à Paris, par le Prof. Couvelaire. Là, on procédera à un examen complet, tant clinique que biologique ; on fera comparaître, s'il y a lieu, le mari ; on fouillera avec soin les anamnestiques. La syphilis est-elle sûre, ou même seulement probable, on instituera un traitement approprié, qui s'adressera, non au mercure, insuffisant, mais aux arsenicaux trivalents ou au bismuth. Nous avons vu des collègues estimés obtenir de bons résultats avec celui-ci, qui a l'avantage d'être introduit dans l'organisme en injections intramusculaires, et qui, par suite, est peu choquant, mais nous restons fidèles à ceux-là, qui feront merveille (Sauvage) à condition d'être donnés prudemment, après examen soigneux, recommencé avant toute nouvelle injection. Le traitement sera institué le plus tôt possible et continué jusqu'à la fin du huitième mois. On ne dépassera pas, comme dose terminale, trente centigrammes par séance, mais on commencera par quinze. On aura soin d'arrêter au moindre incident. C'est en suivant ces directives que Sauvage a pu permettre à des spécifiques avérées, qui, précédemment, n'avaient pu mener à bien leur grossesse ou avaient mis au monde des enfants débiles, hypotrophiques ou même présentant des signes de syphilis virulente, d'accoucher à terme d'enfants normaux, et qui se sont ultérieurement élevés sans difficultés.

(1) Le *croissant gris* est une partie spéciale de l'œuf de Grenouille récemment fécondé. Il est situé dans la lèvre supérieure du blastopore. Il doit son nom à sa forme comme à sa pigmentation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1942

Etude analytique des mouvements oculaires normaux. — M. Jean ROESCH.

Durée des effets inhibiteurs de l'adrénaline sur l'intestin isolé du cobaye. Sa prolongation par des dérivés hydroxylés de la flavone. Emploi d'un dispositif nouveau pour cette étude. — M. Jean LAVOLLAY.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1942

La grande richesse en provitamine A du régime alimentaire suffit-elle à la production du rachitisme expérimental chez le cobaye ? — M. Raoul LECOQ.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1942

Nécessité d'un équilibre quantitatif entre les principes nutritifs de la ration et la vitamine B_1. — Mme Lucie RANDOIN et M. Raymond JACQUOT.

SÉANCE DU 2 MARS 1942

Sur l'existence d'une toxine nouvelle, autolabile et hyperlabile, sécrétée par le bacille de la fièvre typhoïde. — M. H. VINCENT. — « A côté de la toxine connue, de caractère entérotrope, bien étudiée par J. Reilly et ses collaborateurs, le bacille de la fièvre typhoïde sécrète une seconde toxine, jusqu'ici non décrite, qui a une physionomie et une individualité spéciales, et qui est le facteur responsable des symptômes nerveux caractéristiques de la maladie. Elle ne paraît pas présente dans les cultures ordinaires. D'autre part, les animaux sont peu ou pas réceptifs pour cette maladie exclusivement humaine. Elle n'est mise en évidence que dans des conditions qui se rapprochent de celles que trouve le bacille *in vivo* et, même en ce cas, elle est parfois inconstante dans sa présence et son activité. Enfin, elle est d'une fragilité excessive, très labile, ce qui explique qu'elle ait pu échapper aux observateurs.

La culture exclusive en sac dans l'abdomen du cobaye, en série de cinq à dix passages, permet d'obtenir, après sélection de souches ou de races provenant de malades très graves, cette toxine neurotrope. Isolée aussitôt et injectée dans le péritoine du cobaye de 250 gr. à la dose de six à dix gouttes, elle amène sa mort en 6 à 18 heures dans la torpeur absolue. L'animal est inerte, aplati sur le ventre, les quatre membres étalés. *Pas de lésions intestinales*. La souris est tuée à la dose d'une à deux gouttes. Le lapin injecté dans la veine succombe avec les mêmes symptômes.

Cette toxine neurotrope perd son pouvoir après une heure et demie à deux heures. Elle s'oppose donc, par ses propriétés pathogènes et par sa labilité très grande, à la toxine entérotrope, beaucoup plus résistante et productrice de lésions intestinales.

J'apporterai de nouveaux faits qui compléteront cette étude d'une toxine qui est le principal facteur de gravité des symptômes et du pronostic de la fièvre typhoïde. »

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 10 MARS 1942

Rapport. — M. LE NOIR dépose un rapport sur les *sports et le rationnement alimentaire*.

Expériences sur le choc, l'hémorragie et l'asphyxie, avec projection d'un film destiné aux étudiants. — MM. BINET, STRUMZA, TÉVENARD et WALLANCIEN.

Prophylaxie des infections typho-paratyphoïdes pendant la campagne 1939-1940. Ses résultats. — MM. LIEGEOIS, SOHIER et AUJALEU.

Poids des enfants nés à l'automne 1941. — M. VIGNES. — En Allemagne, au cours de la dernière guerre, et plus spécialement à partir de 1917, les difficultés du ravitaillement avaient amené pour le poids des nouveau-nés, une prépondérance de chiffres inférieurs à la normale. Les difficultés analogues ont exercé des effets semblables sur le poids des nouveau-nés français.

Séance du 17 mars 1942

M. le Président annonce la mort de M. Babonneix, membre titulaire, décédé le 6 mars dans la Creuse, et de M. Charles Fiessinger, doyen des correspondants nationaux, décédé à Paris.

Sports et rationnement alimentaire. — Discussion du rapport de M. Le Noir, présenté au nom de la Commission du Rationnement Alimentaire.

Après une intervention de M. Auvray, qui montre une fois de plus le danger du sport dans les conditions actuelles de sous-alimentation, l'Académie, sur la demande de M. Duhamel, passe au vote et adopte à l'unanimité le vœu suivant :

« Que tous les efforts nécessaires soient faits en vue de permettre aux établissements d'enseignement de fournir à chaque sujet, pour la pratique de l'éducation physique et sportive, la ration supplémentaire et indispensable de 300 à 400 calories, ce supplément étant obtenu : soit des services officiels du Ravitaillement, soit par un concours direct de l'étranger. Dans le cas où ces efforts seraient vains et où, malgré les mesures déjà prises par M. le Commissaire Général à l'Education Physique et aux Sports, la surveillance médicale régulière des sujets montrerait une évolution défavorable de la courbe des poids ou certaines autres manifestations physio-pathologiques exprimant un fléchissement de résistance chez les jeunes français, il y aurait lieu d'envisager une nouvelle et d'ailleurs regrettable diminution, non seulement des activités des adolescents au point de vue des épreuves sportives, mais aussi de certaines activités de l'ordre intellectuel. Pour les sportifs ne relevant pas ou ne relevant plus des établissements d'enseignement, l'Académie émet le vœu qu'il leur soit conseillé de faire surveiller régulièrement leur santé générale et leur poids et que toutes les mesures soient prises pour faciliter cette surveillance grâce au développement de l'organisation médico-sportive prévue par le commissariat. »

L'Académie adopte également une addition de M. Tanon demandant au Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale de faire communiquer à l'Académie les programmes d'éducation physique et sportive proposés dans les établissements d'enseignement.

La diminution des accidents délirants alcooliques sous l'influence des restrictions. — M. Pagniez et M. Plichet ont relevé la statistique des délirants alcooliques dans le pavillon d'isolement des malades agités d'un grand hôpital parisien. Avant la guerre la proportion de délirants alcooliques était de 60 % pour les hommes et de 22 % pour les femmes. En 1941, le pourcentage est tombé à 24 % pour les hommes et à 8 % pour les femmes. La diminution continue à s'accentuer dans les deux premiers mois de 1942. Ces données numériques précises sont un argument péremptoire pour le maintien ultérieur d'une réglementation limitant la consommation des boissons alcoolisées.

La méningococcie aux armées. — Poursuivant leurs études sur les maladies observées aux armées pendant la guerre, MM. Liegeois, Sohier et Aujaleu relatent l'épidémie de méningococcie qui fit son apparition dans l'armée française du front nord-est, en janvier 1940. Dès l'apparition des premiers cas, la méningococcie fut traitée par les dérivés sulfamidés associés ou non à la sérothérapie.

M. Ramon en présentant cette note fait ressortir l'efficacité des moyens de prophylaxie et de traitement employés par le service de santé.

L'eau d'égout comme porteur et disséminateur du virus poliomyélitique. — MM. Kling, Olin-Fahraens et Nonlin.

L'action préventive des sulfamides dans la chirurgie laryngée. — M. Georges Portmann pour éviter les risques de complications locales ou pulmonaires utilise à titre préventif les sulfamides, en donnant *per os*, trois grammes par jour, pendant les deux jours qui précèdent et les trois jours qui suivent l'intervention, avec doses dégressives les jours suivants.

Séance du 24 mars 1942

Notice nécrologique. — M. Urbain donne lecture d'une notice sur M. Strauss, récemment décédé.

Totaquina et quinine. — MM. Marchoux et Chabaud ont fait des essais avec un totaquina fabriqué avec des déchets de quinquina et renfermant de la quinine, de la cinchonine et de la quinoïdine. Les comprimés destinés au traitement d'un paludisme sévère et de première invasion devraient contenir deux tiers de quinoïdine. A cette dose les phénomènes toxiques ne seraient pas négligeables, aussi les auteurs considèrent qu'il faut écarter l'introduction des déchets de quinquina dans la composition des comprimés destinés au traitement du paludisme dans nos colonies.

La farine d'arachide déshuilée. — MM. Macheboeuf et Tayeau attirent l'attention sur la valeur alimentaire de cette farine, sa richesse en protéides, sa bonne digestibilité et son absence de toxicité.

MM. Tanon et Ribadeau-Dumas insistent sur l'intérêt de l'utilisation de cette farine par une population fortement carencée en protéides.

Le travail de MM. Macheboeuf et Tayeau est renvoyé à la commission des produits de remplacement.

Résistance à la carence en fonction de l'état primitif de vitaminisation. — MM. A. Giroud, A. R. Ratsimamanga et H. Chalopin démontrent que la supériorité de résistance tient seulement au meilleur état physiologique de l'organisme au départ. Ce fait prouve, une fois de plus, l'importance de la réalisation du taux normal, c'est-à-dire d'une vitaminisation optima.

Séance du 31 mars 1942

La valeur de la présence ou de l'absence du bacille de Koch dans les crachats pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — M. Emile Sergent considérant qu'il convient de dégager les conclusions qui semblent résulter de la discussion soutenue dans les séances du 13 janvier et du 24 février, pour que la question qu'il avait jugé opportun de soumettre à l'examen de l'Académie se maintienne dans les limites qu'il s'est attaché personnellement à lui donner, rappelle que la présence ou l'absence du bacille de Koch dans les crachats ne saurait suffire, *à elle seule*, à affirmer ou à nier la nature tuberculeuse d'une affection des voies respiratoires et, particulièrement, du poumon.

Le tréponème dans le sang. — M. Milian a recherché le tréponème dans le sang par deux procédés :

1° La recherche directe dans le sang ;

2° La recherche par l'inoculation du sang à la souris.

Dans les diverses recherches qu'il a faites, il ne lui a pas été donné de trouver le microorganisme avec sa forme typique : mais au contraire sous la forme de *granule spirochétogène*.

M. Millian a pu également prouver l'existence du tréponème dans le sang en injectant sous la peau de la souris la partie du plasma voisine du cruor après centrifugation du sang citraté.

L'inoculation a été positive dans un cas de syphilis secondaire, ce qui n'est pas étonnant — mais elle l'a été également chez un homme dont la syphilis remontait à 38 années et qui ne présentait aucun symptôme de maladie depuis des années, mais dont la séroréaction restait positive — chez une femme dont le début de la syphilis était ignoré mais remontait au moins à une quinzaine d'années, qui présentait encore des reliquats de paraplégie spasmodique et dont la séroréaction était positive.

Ces faits montrent que le sang est un habitat habituel du tréponème et que celui-ci semble y pulluler de préférence sous la forme de granule spirochétogène ; que des sujets homme ou femme à réaction sérologique positive peuvent être contagieux à la faveur d'une érosion ou plaie même non syphilitique ; qu'il faut être extrêmement sévère pour le choix des donneurs de sang pour la transfusion.

Les paraffines de synthèse ; leur essai clinique et biologique. — Note présentée par M. R. Fabre au nom de MM. Viliaret, R. Fabre et P. Barbier.

Prévision biologique de l'activité thérapeutique du stovarsol sur la paralysie générale. — MM. A. Sézary et A. Barbé ont recherché si, par des méthodes biologiques, on pouvait prévoir, avant le traitement, l'activité de la stovarsolthérapie chez les paralytiques généraux. D'après leur statistique, basée sur cent cinquante-six cas, la teneur du liquide céphalo-rachidien en cellules est le facteur à retenir. Les résultats thérapeutiques sont d'autant plus souvent favorables que le chiffre de la leucocytose avant le traitement était plus élevé. Le taux de l'huperalbuminose n'a au contraire aucune signification.

Ce critérium n'a cependant pas une valeur constante. Des paralytiques généraux à forte leucocytose céphalo-rachidienne peuvent ne pas être influencés. On doit donc conclure seulement que les malades ayant une réaction méningée importante sont ceux qui ont le plus de chances de bénéficier du traitement. La confrontation de ce facteur biologique avec le facteur clinique (forme avec excitation) permet de prévoir avec une grande probabilité le résultat thérapeutique qui sera obtenu.

Organisation de l'hygiène du lait en France. — M. Thieulin.

Vacances de Pâques. — La séance du 7 avril est supprimée.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1942

M. L. Bazy, président, prononce l'éloge de M. R. Grégoire, décédé.

Appendicite gangréneuse. Complications multiples. Guérison. — M. Martel. — M. Huet rapporte cette observation dans laquelle toutes les complications suppurées intrapéritonéales classiques ont été observées.

Paralysie radiculaire du plexus brachial. Opérations orthopédiques. Guérison. — MM. Huguier et Nardi. — M. Huet rapporte cette observation dans laquelle on obtint une grosse amélioration au moyen d'une arthrodèse du poignet et de l'épaule et M. Huet discute la conduite à tenir dans les paralysies des transpositions du plexus brachial.

Deux observations de plaie du rectum. — M. Champeau. — M. Welti rapporte ces deux cas où la confection d'un anus iliaque faite secondairement après traitement correct de la plaie rectale, amena une sédation des phénomènes de cellulite pelvienne. L'auteur défend l'anus même en cas de plaie sous-péritonéale mais une distinction s'impose entre les plaies par pal et les plaies par projectile.

M. Leveuf est également partisan de la dérivation.

Les indications opératoires dans les fibromes de l'utérus. — M. Desmarest revient sur les indications thérapeutiques dans les fibromes qui saignent ; il estime que le traitement de ces hémorragies doit être hormonal. Les hémorragies sont liées plus à un dysfonctionnement endocrinien qu'au fibrome lui-même. M. Desmarest analyse le trouble hormonal qui est dû à un dysfonctionnement hypophyso-ovarien par excès ou par défaut. Il étudie les modifications qui se produisent au niveau de la muqueuse qui est le siège d'une endométriose hormonale. A la lumière de ces notions, on peut concevoir que le fibrome ne s'accompagne pas forcément d'hémorragie et réciproquement.



un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

OPOCERES Reconstituant Biologique général — 1 à 4 comprimés par jour

-LABORATOIRES DE L'AEROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS-8e-

Oxyaminothérapie

ACIDES AMINÉS

TUBERCULOSE

courante — grave ou rebelle

OKAMINE

SIMPLE (Formule N° 2)
10 AMPOULES
1 tous les 2 ou 3 jours
DRAGÉES
3 à 4 au petit déjeuner

du Dr HERVOUËT

CYSTÉINÉE (Formule N° 3)
20 AMPOULES
pour 10 injections
1 tous les 2 jours

P. BUGEARD, Phien, 13, rue Pavée - PARIS (4e)

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE

PLEXALGINE

LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE
ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVIe



CUROGÈNE

Anti-Douleur
Forme Liquide - Seule Rationnelle
2 à 5 cuillerées à dessert par jour

Contre la douleur dans ses diverses manifestations
RHUMATISMES, MIGRAINES
NÉVRALGIES REBELLES, RAGES DE DENTS
LUMBAGO, SCIATIQUE, GRIPPE
DYSMÉNORRHÉE, DOULEURS POST-PARTUM, etc.

Laboratoire du Docteur J. GALIMARD, Versailles

M. Desmarest s'élève donc contre l'hystérectomie dans le traitement des hémorragies des fibromes. Il utilise l'antélobine au cours de l'hémorragie ; en cas d'échec il faut en rechercher la cause (polype endo-cavitaire) ; pour prévenir la réapparition des hémorragies : les extraits mammaires. Enfin, pour supprimer le dysfonctionnement hormonal, M. Desmarest utilise le testostérone et la lutéine.

M. Métivet applique depuis vingt ans les extraits mammaires avec succès aux fibromateuses qui saignent.

M. Sénèque demande le nombre de cas traités par M. Desmarest et le pourcentage de guérison.

M. Sauvé estime que les fibromes peuvent saigner du seul fait de leur présence et que, par conséquent, ils doivent être enlevés.

M. Brocq conteste le caractère absolu de la thèse de M. Desmarest. Il est actuellement difficile de doser avec précision l'hormone folliculinique. Il est inexact d'affirmer l'indépendance de l'hémorragie et du fibrome ; la castration par les rayons ne supprime pas toujours les métrorragies.

M. R. Monod estime que le degré d'hypertension peut justifier l'indication opératoire dans certains fibromes.

M. Mocquot pense qu'en effet fibrome ne veut pas toujours dire hémorragie ; le lien n'est pas contestable lorsqu'il existe un fibrome sous-muqueux ou un polype. Les hémorragies utérines dépendent de l'ovaire mais le facteur essentiel est utérin. Les résultats hormonaux sont certains mais non spécifiques.

M. Mondor est assez peu satisfait des résultats obtenus par le traitement hormonal ou physiothérapique. La chirurgie garde sa place qui est la plus grande ; les statistiques en font foi ; la mortalité opératoire est de 0,15 % ; la mortalité classique n'est plus celle d'aujourd'hui grâce au traitement pré-opératoire, aux moyens de drainage, etc.

Séance du 4 mars 1942

Le rétablissement de la continuité de l'intestin après la résection du rectum pour cancer. — M. Finsterer. — M. Brocq résume cette longue note dans laquelle l'auteur se montre partisan de la conservation du sphincter ; il réserve cette technique aux cancers situés à 10 cm. de l'anus, condition nécessaire pour éviter les récidives locales.

Kyste dermoïde du médiastin gauche extirpé en totalité par thoracotomie large. — M. Iselin. — M. Meillère rapporte cette observation suivie de guérison post-opératoire.

M. Quénu discute la légitimité de l'opération dans certains cas.

Lipome arborescent du genou. — MM. Basset et Le Brigand ont traité cette lésion par une synovectomie subtotale. Ils discutent les conditions d'apparition de cette affection.

Le diagnostic radiologique de l'infarctus de l'intestin. — MM. Patel et Porcher ont retrouvé cinq fois sur huit des aspects assez caractéristiques ; immobilité des anses intestinales, aspect opaque de l'anse grêle encadré par le gros intestin.

M. Moulonguet a déjà noté des signes radiologiques analogues.

M. Mondor rappelle qu'on peut faire cliniquement le diagnostic d'infarctus intestinal lorsqu'on sait palper un abdomen ; néanmoins les signes radiologiques sont fort intéressants.

Les fièvres post-opératoires. — M. Ombrédanne revient sur les accidents de pâleur-hyperthermie ; il rappelle que les enfants qui sont prédisposés à ce genre d'accident sont ceux qui présentent des malformations congénitales de la face ou du cou.

D'autre part, M. Ombrédanne estime que le sympathique cervical joue un rôle important comme centre autonome et comme point de départ du réflexe.

M. Quénu montre la difficulté d'éliminer certaines causes pour parler de fièvre post-opératoire aseptique ; les infections exogènes ou endogènes sont, en effet, fréquentes quoique non évidentes.

Avec Alajouanine, M. Quénu a trouvé que les sujets morts par hyperthermie présentaient un œdème cérébral ; est-ce la conséquence ou, au contraire, ne faut-il pas voir dans cet œdème une manifestation initiale traduisant des perturbations vaso-motrices encéphaliques. M. Quénu tend à admettre que l'œdème précède l'hyperthermie mais les deux manifestations ne sont pas constamment liées l'une à l'autre.

M. Soupault apporte deux observations d'hyperthermie post-opératoire qui ont rétrocédé sous l'influence d'administration importante de sérum intraveineux.

Séance du 11 mars 1942

La synovectomie est-elle justifiée dans certains cas de corps étranger articulaire de nature traumatique. — M. P. Moinond. — Rapport de M. Wilmoth.

A propos de l'application de plaque d'aluminium sur les plaies. — M. Métivet.

De l'examen radiologique dans l'infarctus intestinal. — M. Seillé.

Technique de la résection par voie postérieure des apophyses transverses des vertèbres cervicales et en particulier de la 7m. — MM. Desplas, Dubau et Castany. — M. Wilmoth lit ce travail basé sur deux observations.

M. Sénèque et R. Monod restent partisans de la voie antéro-externe.

Applications locales de sulfamides dans les appendicites suppurées. — M. R. Denis. — Rapport de M. Métivet.

Angine de Ludwig et abcès centro-lingual. — M. J. Verne. — Rapport de M. Moulonguet.

Les fièvres post-opératoires. — M. Petit-Dutaillis pense que l'œdème cérébral n'est que la conséquence de l'hyperthermie qui serait d'origine purement réflexe.

M. Métivet estime qu'il ne faut pas méconnaître le rôle de la déshydratation post-opératoire.

M. Welti rappelle la fréquence des accidents hyperthermiques chez les basedowiennes et les précautions qu'il convient de prendre pour les prévenir.

Traitement du cancer du col de l'utérus. — M. Moulonguet montre la difficulté de distinguer lésions précancéreuses et cancer au stade I ; il insiste sur l'intérêt du dépistage de ces lésions précancéreuses dont l'exérèse chirurgicale paraît excellente.

Séance du 18 mars 1942

A propos d'un cas de tumeur villeuse du colon. — M. J. Quenu.

Les plaies pénétrantes du cervelet. — M. Ferey en rapporte une observation.

Perforation d'un diverticule de Meckel avec grosse hémorragie intrapéritonéale. — M. Bergouignan. — M. Wilmoth, rapporteur.

Restauration de l'uretère après section chirurgicale accidentelle. — M. Roumer a fait une réparation par invagination dont le résultat paraît avoir été satisfaisant. Il estime qu'on doit toujours tenter cette suture.

M. Chevassu est intervenu dans un cas au bout de trois mois et a obtenu une reconstitution de l'uretère sur sonde à demeure. Le résultat est excellent.

M. Gouverneur estime qu'en cas de section récente il faut en effet tenter une réparation sur sonde à demeure. Cependant les résultats ne sont pas excellents ; sur 84 observations 4 cas favorables.

Deux cas de volvulus aigu du cæcum avec examen radiologique préopératoire. — M. Sauvage a pu guérir ses deux malades en faisant la détorsion. Le ballon volvule n'est pas toujours visible sur les clichés sans préparation ; il n'est jamais dans la fosse iliaque droite.

M. Moulonguet insiste sur l'aspect de ballon très régulier et cerné de noir que donne le cæcum.

M. Mondor est d'accord sur l'aspect radiologique du ballon gazeux qui siège souvent à gauche ; il y a peu d'aérocolie et d'aéroiléon dans la cavité abdominale. Enfin l'arrêt de la baryte est très caractéristique.

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE



ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 février 1942

Effets comparés de l'ingestion d'eau et de sel chez un sujet atteint de diabète insipide et chez un sujet normal. — M. Raoul et Mme Simonne Kourilsky, M. Laudat et Mlle Remond. — Les auteurs ont pratiqué chez un sujet atteint de diabète insipide et chez des sujets normaux deux épreuves identiques d'ingestion d'eau et de chloruration, après avoir établi un régime alimentaire fixe et bien équilibré. Chez le diabétique insipide dont la polyurie est partiellement freinée par la pituitine, l'ingestion d'eau provoque une augmentation immédiate de la diurèse ; chez le sujet normal la réaction est identique. L'ingestion de chlorure de sodium augmente chez le diabète insipide à la fois la soif et la diurèse ; l'épreuve d'élimination en échelon se déroule comme chez un sujet normal chez lequel l'addition de sel provoque l'accroissement de la diurèse et également l'augmentation de l'ingestion d'eau.

Il résulte de cette étude qu'aucune différence ne peut être relevée entre le comportement du diabète insipide et celui d'un sujet normal. Seule diffère l'amplitude des réactions.

Action des diurétiques mercuriels dans un cas de diabète insipide. — M. Raoul et Mme Simonne Kourilsky, MM. M. Laudat et J. Regaud. — Les auteurs ont constaté chez un malade atteint de diabète insipide syphilitique qu'une seule injection de novurit provoquait une réduction brutale paradoxale de la diurèse de 50/100[e]. Cette action se maintenait trois jours, et le retour à la polyurie normale ne s'effectuait que très lentement. L'étude de l'ingestion d'eau, montre que, parallèlement à l'action polyurique, une réduction analogue de la soif se produit avec la même évolution prolongée. Cliniquement, l'action sur la soif précède l'effet sur la polyurie. Celui-ci s'explique donc, en réalité, par une réduction de l'ingestion d'eau et non par une action rénale.

L'étude simultanée des éliminations chlorurées révèle que ces modifications sont contemporaines d'une soustraction chlorurée massive (11 gr.) déterminée par l'injection de novurit, l'équilibre se rétablissant quatre jours avant celui de la diurèse aqueuse.

Sur certaines particularités de l'action des diurétiques mercuriels chez le sujet normal. — M. Raoul et Mme Simonne Kourilsky, MM. Deleambre et Seordel. — L'étude de la diurèse mercurielle faite chez des sujets normaux montre que concurremment à la polyurie, il se produit chez certains sujets une augmentation parfois importante du taux des boissons ingérées. Cette action sur la soif, confirme cette conception qui, chez le diabète insipide, explique l'oligurie paradoxale des diurétiques mercuriels par une action frénatrice sur la soif, celle-ci s'exerçant par l'intermédiaire de la déchloruration. Chez l'homme normal, le triple effet observé de temps à autre avec les diurétiques mercuriels : polyurie, hyperchlorurie, augmentation de la soif, peut être réalisé par l'injection intraveineuse d'une solution diluée de chlorure de sodium.

Résultats de la péricardectomie chez deux adolescents atteints de péricardite constrictive. — MM. Bergeret, Lenègre et Thieffry. — Observation de deux adolescents atteints d'une péricardite chronique constrictive chez lesquels la péricardectomie partielle a donné de bons résultats, ayant fait disparaître l'anasarque et le syndrome de Pick. Les auteurs rappellent les difficultés du diagnostic de la péricardite constrictive, qu'il faut étayer sur l'examen radiologique et sur la radioscopie. Les auteurs font jouer à l'adiastolie le rôle presque exclusif dans les troubles circulatoires. L'infantilisme, chez un de ces malades, doit être considéré comme une conséquence du trouble cardiaque.

Maladie d'Addison traitée par la greffe sous-cutanée d'hormone de synthèse. — M. de Gennes. — La greffe sous-cutanée d'hormone de synthèse constitue un progrès, mais elle peut présenter des dangers. La malade dont il s'agit, grande addisonnienne équilibrée avec 5 milligr. de désoxycorticostérone, a reçu, après deux mois de ce traitement, une greffe de 750 milligr. d'hormone. Elle a présenté des accidents graves liés à des poussées d'œdème pulmonaire. Chez ces malades l'équilibre de l'eau du sodium et du chlore est précaire, mais la permanence des greffes crée un danger certain des poussées hyperhormonales graves. La méthode doit être surveillée.

A propos des cas de variole à Paris. — M. Flandin. — L'auteur insiste de nouveau sur les mesures prophylactiques indispensables à prendre en vue de combattre la petite épidémie de variole actuelle. A propos des vaccinations qu'il a déjà effectuées il s'étonne du nombre de revaccinations positives après cinq ans seulement et des manifestations souvent intenses de la fièvre vaccinale. D'accord en cela avec d'autres membres de la Société qui ont pris la parole, il pense que ce phénomène est dû au vaccin lui-même qui serait manifestement plus fort, plus efficace qu'il y a quelques années.

Séance du 20 février 1942

Les troubles de la concentration rénale en chlorure de sodium sont-ils la cause du diabète insipide ? — M. Raoul et M[me] Simonne Kourilsky et M. Jean Regaud, à la faveur d'une observation de diabète insipide et d'expériences comparatives faites chez le sujet normal, discutent la théorie qui tend à expliquer la polyurie insipide par l'existence de troubles de la concentration rénale. Les résultats cliniques et expérimentaux recueillis par ces auteurs ne permettent pas de confirmer l'existence de troubles de la concentration rénale dans le diabète insipide. Il intervient en réalité, dans cette cette affection, un facteur qui fausse les recherches de concentration : l'addition de sel agit sur la soif qui augmente et sur l'élimination urinaire qui s'accroît. Le trouble de la concentration rénale des chlorures de sodium n'est donc qu'apparent dans le diabète insipide humain. Il ne saurait expliquer la polyurie insipide.

Comparaison entre l'action du régime déchloruré et de la restriction des liquides chez un sujet atteint de diabète insipide et chez un sujet normal. — M. Raoul et Mme Simonne Kourilsky, M. Laudat et Mlle L. Corre. — En observant une malade atteinte de diabète insipide avec précession polydisique, ces auteurs constatent que la déchloruration réduit la polyurie et l'ingestion de boissons, que la malade soit ou non soumise à l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. Ce comportement est identique à celui d'un sujet normal : sous l'influence du régime déchloruré, l'ingestion spontanée des boissons diminue, la diurèse se réduit, le Cl plasmatique s'abaisse. Il semble que ce soit par l'intermédiaire de la soif que les variations de la polyurie se produisent. La soif apparut chez le malade examiné, comme un facteur prédominant. Il est à noter que la seule différence entre la polyurique et le sujet normal est l'impossibilité pour le diabétique insipide de supporter la restriction des boissons, contrairement à ce qu'on observe chez le sujet normal.

Néphrose lipoïdique secondaire à un traitement aurique. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Maurie, René Wolfromm et Gérard Guiot. — Observation d'une femme qui, au cours d'un traitement chrysothérapique, a présenté un syndrome de néphrose lipoïdique.

La sérine était notablement abaissée, ainsi que la globuline. Il n'y avait aucun signe d'insuffisance rénale : toutes les épreuves fonctionnelles étaient normales. Ce syndrome de néphrose lipoïdique a évolué vers la guérison en quelques semaines : les œdèmes, l'albuminurie et les corps biréfringents ont disparu, les taux des lipides et des protides du sang sont redevenus normaux. En même temps que le syndrome de néphrose lipoïdique disparaissait, aucun signe de néphrite n'apparaissait.

La radiothérapie et la surrénalectomie dans l'hypertension paroxystique. — MM. Julien Huber, Kervarec et André Corteel rapportent les observations de deux malades atteintes d'hypertension paroxystique et traitées, l'une par radiothérapie surrénale et sinu-carotidienne, l'autre par surrénalectomie. Dans les deux cas, l'amélioration a porté sur l'élément « paroxysme », mais fut peu durable, ne dépassant pas dix-huit mois. Par la suite, ces malades ont vu réapparaître presque complètement les troubles qui avaient motivé ces thérapeutiques.

La radiothérapie surrénale eut pour effet de diminuer l'hypertension de fond, sans toutefois réduire le nombre des paroxysmes hypertensifs.

EN 28 MOTS : CORYDRANE,
acétylsalicylate de noréphédrane, est tonique, décongestif, analgésique, antipyrétique, sans troubles neurocardiaques. Dans les courbatures fébriles, grippes, algies, asthénies, prescrivez plutôt un comprimé de CORYDRANE : l'aspirine qui remonte.
UNION CHIMIQUE ET BIOLOGIQUE
5 et 7, Rue Claude-Decaen - Paris-12[e]
de Champrosay
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 39, Boulevard de Latour-Maubourg — PARIS-VII[e]

INFORMATIONS

(suite de la page 182)

441. Cotoni (Pierre); 442. Fouquet (Louis); 443. Violette (Guy) ; 444. Bonetti (Raymond); 445. Tarnat (Robert) ; 446. Garaix (Jean) ; 447. Loubiere (René) ; 448. Romieux (René) ; 449. Weiler (Charles) ; 450. Mlle Costescu (Irina).

451. Caux (Marcel) ; 452. Chatriot (Marc) ; 453. Galy (Lucien); 454. Guérin (Robert); 455. Boulanger (Pierre) ; 456. Devaux (Jean) ; 457. Mlle Aubriet ; 458. Bouteille (François) ; 459. Chemery (Bernard) ; 460. Bourguignon (André).

461. Tiriau (Gilbert); 462. Crosnier (Jean); 463. Mlle Bosquet; 464. Muffang (Yves); 465. Foucher (Michel) ; 466. Castel (Yves) ; 467. Gougaud (Jean); 468. Castano (Modeste) ; 469. Mlle Bricard ; 470. Fallot (Pierre).

471. Mlle Fayol (Simone) ; 472. Clin (Roland) ; 473. Grimault (Jacques) ; 474. Cotlenko (Vadmi) ; 475. Dufourmentel (Philippe) ; 476. Mathieu (Emile) ; 477. Ossipovski (Boris) ; 478. Moulonguet (Henri); 479. Gautier (Léon); 480. Giraud (Robert).

481. Duval (Marius) ; 482. Tuffier (Jacques) ; 483. Mlle Hot (Josette) ; 484. Leclercq (Robert) ; 485. Mognetti (Jacques) ; 486. Mlle Nevejans (Hélène) ; 487. Coupe (Claude) ; 488. Gueguen (Jean) ; 489. Emery (Lucien) ; 490. Mlle Dupaigne (Madeleine).

491. Bonnet (Jacques) ; 492. Azaiz (Mokhtar) ; 493. Piednoir (Emile) ; 494. Kepes (Adam) ; 495. Mlle Ramon (Hélène) ; 496. Mlle Peureux (Gisèle); 497. Drouillard (Jean) ; 498. Lafleur (Maurice) ; 499. Chavigny (André) ; 500. Ceocaldi (Pierre).

501. Cheron (Bernard) ; 502. Lestrade (Jacques) ; 503. Vallée (Claude) ; 504. Mlle Auquier (Andrée) ; 505. Weckerle (Fernand) ; 506. Baillet (Jack) ; 507. Mlle Retail (Odette); 508. Hinaut (Georges); 509. Pillot (Jean) ; 510. Mlle Klein (Olga).

511. Muler (Henri) ; 512. Le Bouteiller (Michel) ; 513. Bouvattier (Philippe) ; 514. Godde (Claude) ; 515. Bay (Pierre) ; 516. Debray (Pierre) ; 517. Dejours (Pierre) ; 518. Pillot (André) ; 519. Seguinot (Gustave) ; 520. Contencin (Jean).

521. Dupuy (Guy) ; 522. Herry (Marcel) ; 523. Mlle Wolfer (Elisabeth); 524. Barre (André); 525. Mlle Georges (Simone) ; 526. Bazin (Georges) ; 527. Trividic (Jean) ; 528. Gugelot (André) ; 529. Gadrat (Pierre) ; 530. Herbert (Pierre).

531. Juhel (Jean) ; 532. Brisabois (Serge) ; 533. Body (Jean) ; 534. Michon (Lucien) ; 535. Coudraud (Roger) ; 536. Lecœur (Jacques) ; 537. Hay (Jean) ; 538. Tavernier (Claude) ; 539. M. de Uzan Michel) ; 540. Amondruz (Jean).

541. Joussaume (André) ; 542. Raimbault (René); 543. Mme Adam, née Aubert ; 544. Mlle Gerster (Maria) ; 545. Jouvent (Robert) ; 546. Larroque (Pierre) ; 547. Sejournet (Gérard) ; 548. Surugue (Paul) ; 549. Lechevrel (Bertrand); 550. Peumery (Jean).

Concours spéciaux pour la nomination en 1942 a huit places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ces concours seront réservés aux candidats antérieurement titulaires, dans les conditions fixées ci-dessous, d'admissibilités ou d'*ex æquo* d'admissibilité aux précédents concours de médecin des hôpitaux. Les inscriptions seront reçues au bureau du Service de Santé de l'Administration de l'Assistance publique (3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage), de 14 heures à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), du mercredi 8 avril au vendredi 17 avril 1942 inclusivement.

Les premières séances des concours auront lieu : le lundi 4 mai 1942, pour le premier concours de nomination à 3 places ; le mercredi 27 mai 1942, pour le concours spécial pour 10 places d'admissibles ; le jeudi 2 juillet 1942, pour le second concours de nomination à 5 places. MM. les Candidats seront prévenus par lettre des lieux et heures des premières séances.

Concours spécial pour la nomination a trois places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Le concours, réservé aux candidats ayant obtenu deux admissibilités ou une admissibilité et un *ex æquo* aux précédents concours s'ouvrira le vendredi 15 mai 1942. Inscriptions du 15 au 24 avril à l'Administration Centrale.

Concours pour la nomination a une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours s'ouvrira le 19 mai 1942, à 9 h., à l'Administration Centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria. Inscriptions du 13 au 24 avril à l'Administration Centrale.

Concours pour la nomination a sept places (au maximum) d'attachés d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 27 avril 1942, à 9 h. 30, à l'Administration Centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria (2e étage). Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres. MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de Santé de l'Administration (3, avenue Victoria, 2e étage), de 14 à 17 heures, du vendredi 27 mars au vendredi 10 avril 1942 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Une place de chirurgien, chef de service, est à pourvoir à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours.

Les candidats à ce poste sont priés de s'adresser à l'administration de l'hôpital, 66, rue des Plantes, Paris.

Le registre d'inscriptions restera ouvert jusqu'au 9 avril inclusivement.

Faculté de Médecine de Paris. — Leçons inaugurales. — Ces leçons auront lieu aux dates suivantes, au grand Amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures : M. Leveuf : 27 avril ; M. Donzelot : 4 mai ; M. Brocq : 12 mai.

Un concours pour la nomination d'aides d'anatomie et de prosecteurs doit s'ouvrir prochainement, à une date qui sera précisée incessamment, à la Faculté de Médecine de Paris.

Les candidats qui désireraient se présenter à ce concours peuvent, dès maintenant, prendre connaissance, au secrétariat de la Faculté, de la nouvelle réglementation instituée par l'arrêté ministériel du 28 janvier 1942.

Naissance. — Mme le Dr B. Astre-Hahn et M. G. A. Astre, professeur agrégé au Lycée Carnot de Tunis, font part de la naissance de leur fille Marie-Hélène (Tunis, 8 octobre 1941).

NECROLOGIE

Charles FIESSINGER

Avec une vive peine nous avons appris la mort du Dr Charles Fiessinger, directeur du *Journal des Praticiens*. Notre vénéré confrère était le doyen des correspondants nationaux de l'Académie de Médecine. Il avait été élu en 1896. On sait qu'après avoir été le brillant collaborateur de Huchard, Charles Fiessinger lui avait succédé à la tête de son journal. Grâce à sa haute culture et à sa science, à la droiture de son caractère, à son aménité, Fiessinger jouissait dans la presse médicale d'une grande et légitime autorité. Sa réputation n'était pas moins grande en clientèle, enfin il était également très estimé dans le monde des lettres où il comptait d'illustres amis. Resté fidèle à ses convictions comme à ses amitiés, il était un grand exemple pour l'admirable famille médicale dont il était le chef.

Que son fils, le professeur Noël Fiessinger, son gendre le Dr Laurence, ses petits-fils, les Drs Gabriel Laurence, Fiessinger et Louis Gougerot, veuillent bien trouver ici l'expression de notre affectueuse sympathie.

— Nous apprenons le décès du Dr Louis Chatillon, à Ecully (Rhône) ; du Dr Maurice Teulières, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux ; du Dr Breton, médecin honoraire des hôpitaux de Dijon, ancien interne des hôpitaux de Paris (1893), 15, place Darcy, à Dijon et de M. le Dr Georges-Gabriel Caussade, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé le 3 mars 1942 dans sa 81e année, au Mayet-de-Montagne (Allier).

— C'est enfin avec une douloureuse émotion que nous avons appris la mort de Mme Georges Guillain, née Chauffard, décédée accidentellement à Orléans. Nous adressons à son mari, le Professeur Guillain, président de l'Académie de Médecine, à ses enfants, en particulier à son gendre, le Dr Garcin et à Mme Garcin, l'expression très attristée de notre profonde sympathie.

Ordre des Médecins

Conseil supérieur

Un communiqué en date de mars est relatif au retour des médecins prisonniers au sujet duquel une commission a été reçue par M. l'Ambassadeur Scapini.

Conseil départemental de la Seine

Taxis. — Le 14 mars, le Conseil annonce que le service de *Taxi médical de nuit* est repris depuis le 17 mars. Stationnement hôpital Marmottan, 19, rue d'Armaillé. Tél. Etoile 44-79, de 20 heures à 8 heures. Un service de *Taxi médical de jour* a ses stationnements à l'Hôtel-Dieu, Necker et Marmottan, de 8 heures à 20 heures.

S. P. — Le Conseil annonce le retrait des permis de circuler à des confrères qui n'ont pas accepté le jumelage qui leur a été proposé.

Régimes. — Avant le 5 de chaque mois, faire parvenir au directeur des Services d'hygiène, Préfecture de la Seine, la liste des personnes dont l'état de santé a nécessité de leur part l'octroi d'un régime spécial d'alimentation et la durée pour laquelle il a été prescrit.

Vélomoteurs. — Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins informe les confrères qu'il s'est occupé de faciliter l'achat de vélomoteurs neufs aux médecins.

Il conseille à tous ceux qui désirent s'en rendre acquéreur de bien vouloir l'en aviser par lettre : 242, boulevard Saint-Germain (7e), en indiquant le type et la marque préférés dont il sera tenu compte dans la mesure du possible.

Le *Bulletin de l'Ordre* (n° 1, janvier 1942) vient de paraître. Il publie (p. 26) les nominations au *Conseil supérieur*. MM. les Drs Barthe (de Gennevilliers), Durand (de Courville), le professeur Lemierre et le Dr Vincent (de Sucy-en-Brie), remplacent les Drs Hollier, Roux-Berger et Boudet, désignés par le tirage au sort.

Vient ensuite (p. 39 à 52) la liste des *Conseils départementaux de l'Ordre*.

Pour la *Seine*, ont été nommés : président, M. le Dr Georges Labey, membre de l'Académie de Chirurgie ; membres : MM. les Drs Henri Beau, radiologiste des hôp. de Paris ; Bidegaray, de Courbevoie ; Drouet, de Paris ; Lenègre-Thourin, médecin des hôp. de Paris ; Lumière, de Paris ; Oberling, chirurgien des hôp. de Paris ; Rabut, Regaud, le professeur Fiessinger, Ravina, méd. des hôp. de Paris ; Duvelleroy, de la Plaine-Saint-Denis; Letage, Lafay et Coffin, de Paris.

Malades à envoyer en zone non occupée pour cures thermales ou climatiques. — Le Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins et le Comité d'organisation de l'Industrie du Thermalisme informent que les malades pour lesquels une cure est indispensable pourront obtenir des laissez-passer.

S'adresser au Comité d'organisation de l'Industrie du Thermalisme, 117, avenue des Champs-Elysées, Paris (8e).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

56, Boulevard Péreire
PARIS
URASEPTINE
ROGIER

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS
DÉJARDIN
Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue



VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS
LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL
DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

Granules CATILLON STROPHANTUS
à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.

Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine " Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

INJECTION
SOUS-CUTANÉE
de 1 centicube
POUR DÉBUTER,
puis 2 centicubes
BOITES DE
SIX AMPOULES
DE 2 cc

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON
GYNECO
VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

INFECTIONS
DE
L'APPAREIL
GÉNITO-URINAIRE
DE LA
FEMME



CHOLÉRÉTIQUE - STOMACHIQUE
DIURÉTIQUE — RÉGULATEUR INTESTINAL
Une à trois cuillerées à café de granulé par jour Croquer ou dissoudre dans une tisane aromatique.
LABORATOIRES BEAUFOUR — DREUX (E.-&-L.)

Vient de paraître

LA 9ME ÉDITION
DU
FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**
Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS

POUR COMPLÉTER ET
RENFORCER TOUTE
SULFAMIDOTHÉRAPIE
ORALE

SOLUSEPTAZINE

p.γ phényl-propyl-amino-benzène-sulfamide-α-γ disulfonate de sodium

DÉRIVÉ SOLUBLE du 1162 F.
A HAUTE CONCENTRATION 6%

parfaitement toléré par toutes les voies

SOUS-CUTANÉE
INTRAMUSCULAIRE
INTRAVEINEUSE
INTRARACHIDIENNE

PRÉSENTATION
Ampoules de 5 et 10 cm3
de solution à 6% de sel
(BOITES DE 5 AMPOULES)

Littérature sur demande

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • 8e •

VITAMINE B1
aneurine cristallisée

BÉNERVA "ROCHE"

TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

AMPOULES

DOSAGE NORMAL
Ampoules de 1cc.
dosées à 2 milligrammes
Boite de 6
1 ampoule tous les jours
ou tous les 2 jours et plus
(voie sous-cutanée)

DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc.
dosées à 10 milligrammes
Boite de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours
et plus
(voie sous-cutanée)

COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour
selon les cas.

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie. 10, Rue Crillon . PARIS (4e)

BACTERAMIDE

CHIMIOTHÉRAPIE SULFAMIDÉE POLYVALENTE
THÉRAPEUTIQUE PUISSAMMENT ACTIVE, FIDÈLE, ATOXIQUE
DES INFECTIONS BACTÉRIENNES PROVOQUÉES PAR :

STREPTOCOQUES, MÉNINGOCOQUES, COLIBACILLES
PNEUMOCOQUES, GONOCOQUES

PRÉSENTATION :
Tubes de 20 comprimés
dosés à 0 g. 50 de Para-Amino-Phényl-Sulfomide

COMPRIMÉS ALCALINISÉS, TRÈS RAPIDEMENT DÉLITABLES
ADMIRABLEMENT TOLÉRÉS PAR L'ESTOMAC ET L'ORGANISME

Littérature et échantillons : Laboratoires **A. BAILLY**, 15, rue de Rome — PARIS 8e

N° 20. — 18 AVRIL 1942 | 115e ANNÉE | Ce numéro : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

4[illegible] rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies. 75 fr.
Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail. PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

SOMMAIRE

En raison de l'interruption imposée aux périodiques médicaux au mois de mars dernier, tous les abonnements en cours de notre journal seront prolongés d'un mois.

Si les circonstances le commandent, nous prendrons ultérieurement de nouvelles mesures pour sauvegarder les intérêts de nos abonnés.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours, de transition, sera ouvert le mercredi 3 juin 1942, à 9 heures du matin, à l'Administration Centrale (Salle des Commissions), 3, avenue Victoria, 2e étage. Cette séance sera consacrée à la composition écrite. Les inscriptions seront reçues au Bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage), du lundi 4 mai au mardi 12 mai 1942 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedi, dimanches et fêtes exceptés).

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours, de transition, sera ouvert le vendredi 5 juin 1942, à 9 heures, à l'Administration Centrale (Salle des Commissions), 3, avenue Victoria, 2e étage. Cette séance sera consacrée à la composition écrite. Les inscriptions seront reçues au Bureau du Service de Santé de l'Administration (escalier A, 2e étage), de 14 à 17 heures, du lundi 11 mai au lundi 18 mai 1942 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours, de transition, sera ouvert le lundi 15 juin 1942, à 9 heures, à l'Administration Centrale (Salle des Commissions), 3, avenue Victoria, 2e étage. Les inscriptions seront reçues au Bureau du Service de Santé de l'Administration de l'Assistance publique (escalier A, 2e étage), de 14 heures à 17 heures, du mercredi 13 mai au vendredi 22 mai 1942 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

AVIS IMPORTANT pour ces trois concours, dits de transition. — Les candidats qui avaient déjà été admissibles à des concours antérieurs et les candidats qui obtiendraient une admissibilité aux présents concours de transition, resteront soumis au régime antérieur, c'est-à-dire qu'il ne leur sera pas tenu compte, pour l'avenir, de cette ou de ces admissibilités.

CONCOURS D'ATTACHÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — Le jury est composé de MM. les Drs Truchot, Lepennetier, Darbois, Pestel, Dariaux, Thoyer-Rozat et Gilson.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un concours pour un emploi de médecin ophtalmologiste adjoint s'ouvrira le 26 mai 1942, à 9 heures du matin, rue Moreau, n° 13, à Paris.

Inscriptions à l'Hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, tous les jours, sauf les samedis après-midi, dimanches et jours fériés, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures jusqu'au samedi 9 mai 1942 inclus.

Faculté de Médecine de Paris. — Par arrêté en date du 8 janvier 1942, ont été fixées les conditions d'admission au concours de recrutement des aides d'anatomie et des prosecteurs de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, ainsi que les programmes des épreuves desdits concours.

Les candidats au concours de l'adjuvat doivent être Français, étudiants en médecine, et avoir fait un stage d'un an au moins et de deux ans au plus dans les services de l'Ecole pratique de médecine de Paris, en qualité d'aide d'anatomie bénévole. Les candidats devront déposer, un mois avant l'ouverture du concours, deux pièces disséquées pendant le cours de l'année.

Seuls peuvent prendre part aux épreuves du concours du prosectorat les aides d'anatomie en exercice dont l'assiduité aux séances de travaux pratiques a été constatée.

Pour tous renseignements sur la nature et la date des épreuves, les candidats devront s'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. (*J. O.*, 27 mars 1942.)

— Le nouveau professeur de la CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (Fondation de la Ville de Paris) M. le Professeur Jacques Leveuf fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le lundi 27 avril 1942, à 18 heures, comme nous l'avons déjà annoncé.

Il continuera son cours à la clinique chirurgicale infantile d'orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades les lundi et vendredi de chaque semaine, à 10 heures.

Ecole de Médecine de Nantes. — M. Henri Giroire, professeur de médecine légale, déontologie et thérapeutique, est nommé professeur de pathologie interne.

M. Paul Véran, professeur suppléant de pathologie et clinique médicale, est nommé professeur de médecine légale, déontologie et thérapeutique.

M. Perrin, professeur suppléant d'anatomie et histologie, chef des travaux d'anatomie pathologique, est nommé professeur d'histologie et anatomie pathologique.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — SANATORIUMS. — M. le Dr Mayer, médecin adjoint aux sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain), est nommé médecin directeur du sanatorium de Seyssuel (Isère).

M. le Dr Trocmé, médecin directeur du sanatorium de Seyssuel (Isère), est nommé médecin directeur du sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise).

M. le Dr Bertheau, médecin adjoint au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (S.-et-O.), est nommé médecin directeur des sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain).

Mlle le Dr Peraud, médecin adjoint des sanatoriums publics, en disponibilité, est réintégrée dans le cadre, à compter du 1er février 1942, et affectée au sanatorium de Plougonven (Côtes-du-Nord).

M. le Dr Fichet, médecin directeur du sanatorium de Bodiffé (Côtes-du-Nord), est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 16 janvier 1942. (*J. O.*, 27 février 1942.)

— M. le Dr Bertheau a été nommé médecin directeur du sanatorium de Bélingnieux, à Hauteville (Ain).

— M. le Dr Pressat a été nommé médecin directeur du sanatorium de l'Albarine, à Hauteville (Ain).

— M. le Dr Trocme a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Forêt, à Franconville-Saint-Martin-du-Tertre (S.-et-O.).

— M. le Dr Bézine a été nommé médecin directeur du sanatorium du Château, à Franconville-Saint-Martin-du-Tertre (S.-et-O.). (*J. O.*, 21 mars 1942.)

— Par arrêté en date du 13 mars 1942, M. le Dr Lasserre, médecin adjoint des sanatoriums publics, en disponibilité, a été réintégré dans le cadre et affecté au sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais). (*J. O.*, 31 mars 1942.)

Médecins des Sanatoriums publics et médecins des Dispensaires. — Un concours pour le recrutement de médecins adjoints de sanatoriums publics est ouvert au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. Les candidats qui auraient effectué des épreuves satisfaisantes seront inscrits sur une liste d'aptitude à l'emploi de médecin des dispensaires antituberculeux.

L'inscription sur cette liste d'aptitude ne comporte aucun engagement de la part du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. Les Préfets, seuls, chargés des nominations des médecins des dispensaires, auront la faculté de choisir les titulaires des postes à attribuer parmi les candidats inscrits sur cette liste.

Les épreuves commenceront le 5 mai 1942, à 9 h. 30, au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé, à Paris, 7, rue de Tilsitt, pour la zone occupée, et dans un centre qui sera désigné ultérieurement pour la zone non occupée.

Les inscriptions pour le concours seront reçues jusqu'au 10 avril 1942. Les candidats habitant

DIGITALINE NATIVELLE
AGIT PLUS SÛREMENT QUE TOUTES LES AUTRES PRÉPARATIONS DE DIGITALE
LABORATOIRE NATIVELLE — 27, Rue de la Procession, PARIS 15

en zone occupée adresseront leurs demandes au Secrétariat d'Etat à Paris, et ceux de la zone non occupée au Secrétariat d'Etat, Hôtel Radio, à Vichy.

Pour les renseignements complémentaires et les conditions d'inscription au concours, s'adresser : Au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé (7, rue de Tilsitt) ; au Comité National de Défense contre la Tuberculose (66, boulevard Saint-Michel, Paris) ; aux Facultés de Médecine ; aux Directions régionales de la Santé et de l'Assistance.

— Un arrêté en date du 28 mars 1942 (*J. O.*, 1er avril 1942, p. 1262), fixe l'*indemnité de direction* prévue par la loi du 31 octobre 1941. Une indemnité de 18.000 francs est attribuée au secrétaire général de la Santé et au commissaire général à la famille ; une indemnité de 15.000 fr. au directeur de la Santé ; une indemnité de 12.000 francs aux sous-directeurs des services du personnel et des services de l'Assistance. Des indemnités équivalentes sont attribuées aux directeurs régionaux, et dans une limite de 6 à 10.000 francs aux médecins chefs des services d'inspection et de contrôle de la santé publique et aux chefs des services des Enfants Assistés.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE DE FRANCE. — Ont été nommés pour l'année 1942 :

Vice-présidents du comité : MM. le Dr Jules Renault et le Professeur Tanon, membres de l'Académie de Médecine. — *Secrétaire du comité* : M. le Dr Briau. (*J. O.*, 1er mars 1942.)

Secrétariat d'Etat à la guerre. — CONCOURS POUR L'EMPLOI D'ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ. — Le concours ouvert le 25 juin 1942, à 8 heures, pour l'emploi d'élève de l'Ecole du Service de Santé, est organisé :

1° En zone non occupée : dans les conditions ayant fait l'objet de l'avis de concours inséré au *Journal Officiel* du 27 décembre 1941 (p. 5564) ;

2° En zone occupée, dans les conditions suivantes :

a) Centres d'épreuves écrites. — Des centres d'épreuves écrites seront organisés à Paris, Bordeaux et Rennes ;

b) Centre d'épreuves orales. — Un seul centre est prévu à Paris pour tous les candidats de la zone occupée déclarés admissibles ;

c) Demandes d'inscription. — Les candidats de la zone occupée devront faire parvenir leur demande d'inscription, ainsi que toutes les pièces de leur dossier, à la délégation générale du Gouvernement français dans les territoires occupés (Secrétariat d'Etat à la guerre, santé), 16, rue Saint-Dominique, à Paris (7e), avant le 15 mai 1942 ;

d) Candidats de la zone interdite. — Ces candidats subiront les épreuves écrites (et orales, s'il y a lieu) à Paris ;

e) Renseignements. — Les candidats de la zone occupée et de la zone interdite pourront obtenir tous renseignements sur le programme et les pièces à fournir en prenant connaissance de l'instruction du 16 décembre 1941, déposée dans les préfectures, les facultés des sciences, de médecine et de pharmacie, les écoles de plein exercice, les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, ainsi que dans les directions du service de santé des régions.

(*J. O.*, 2 avril 1942, p. 1283.)

Guerre. — CORPS CIVIL DE SANTÉ. — M. le médecin inspecteur de 2e classe Costedoat, président de la commission consultative médicale, a été placé hors cadres, au titre du secrétariat général aux anciens combattants.

(*J. O.*, 3 mars 1942.)

Gouvernement général de l'Algérie. — Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un PHARMACIEN CHEF DE LABORATOIRE A L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE BLIDA, ouvert aux candidats des deux sexes, aura lieu à Alger le 22 juin 1942, dans les conditions fixées par l'arrêté Gubernatorial du 12 février 1942. La liste d'inscription sera close le 16 mai 1942. Pour tous renseignements, s'adresser soit au Gouvernement général de l'Algérie (Direction de la Santé Publique), soit à la Préfecture d'Alger (Santé, Famille, Jeunesse), soit à la direction de l'hôpital psychiatrique de Blida (département d'Alger).

Légion d'honneur. — FAMILLE ET SANTÉ. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Belle (Joseph), docteur en médecine, radiologue à Tours ; 30 ans de services militaires et de pratique professionnelle distinguée. Electrocuté au cours de travaux de laboratoire, le 22 octobre 1940, a subi l'amputation des quatre membres. A donné le plus bel exemple de stoïcisme et de courage.

Caraven (Pierre - Jean - Baptiste), docteur en médecine, chirurgien des hôpitaux d'Amiens ; praticien d'une grande valeur professionnelle et d'une haute tenue morale, qui compte trente-neuf années de services médicaux. A assuré pendant toute la durée des bombardements d'Amiens, en mai 1940, son service de chirurgie dans des conditions particulièrement difficiles. Grièvement blessé par l'explosion d'une bombe, au cours d'une opération, a dû être amputé de la jambe droite. *J. O.*, 25 mars 1942.)

Indemnités de fonction des personnels de l'enseignement supérieur. — A compter du 1er avril 1942, des indemnités forfaitaires de fonction seront accordées dans la limite des taux maxima annuels que voici :

6.000 fr. pour les assistants de 5e classe de l'Université de Paris, du Collège de France et du Muséum et pour les assistants de 6e, 5e et 4e classe des Universités de province.

8.000 fr. pour les assistants de 4e et 3e classe (Paris), pour les assistants de 3e et 2e classe (départements).

10.000 fr. puour les agrégés non pérennisés de la Faculté de Médecine de Paris, pour les professeurs sans chaire, les agrégés pérennisés et non pérennisés départements), pour les chefs de travaux de 3e et 2e classe (Paris), les assistants de 2e et 1re classe (Paris), les assistants de 1re classe (province), les chefs de travaux de 3e, 2e et 1re classe (province).

12.000 fr. pour les professeurs sans chaire et agrégés pérennisés (Paris), les chefs de travaux de 1re classe (Paris).

15.000 fr. pour les professeurs des Facultés de l'Université de Paris, pour les professeurs de 2e et 1re classe des Facultés de province, pour les professeurs du Collège de France et du Muséum.

Les membres de l'enseignement supérieur cumulants ne peuvent prétendre qu'au bénéfice d'une seule indemnité afférente à leur occupation principale. L'indemnité des doyens est celle correspondant au grade dont ils sont titulaires. Cette indemnité pourra se cumuler avec l'indemnité de direction instituée par la loi du 31 octobre 1941, celle-ci étant diminuée du préciput.

Enfin, l'arrêté du 28 mars 1942 (*J. O.*, 4 avril 1942), relatif à ces indemnités, précise que ne peuvent prétendre au bénéfice de l'indemnité de fonction les professeurs des Facultés de Médecine soumis à la contribution de la patente.

Interdiction d'exercer. — Le *Journal Officiel* du 4 avril 1942 a publié un arrêté du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, en date du 25 mars 1942, portant interdiction définitive de l'exercice de leur profession pour certains médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes. Cette liste comprend 68 noms de praticiens d'origine étrangère.

Les soins médicaux aux pensionnés pour invalidité. — Le *J. O.* du 19 mars publie la loi n° 276, du 8 février 1942, portant modification de la loi du 31 mars 1919 relatif à la gratuité des soins médicaux en faveur des pensionnés pour invalidité. La gratuité des soins est due exclusivement pour les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui a motivé la pension. L'article 64 prévoit les soins à domicile, les soins hospitaliers, enfin la surveillance et le contrôle des soins par des représentants de l'Etat et de l'Ordre des Médecins.

L'Association générale des Médecins de France nous a adressé un important communiqué contenant des vœux relatifs à l'assistance et aux secours, à la prévoyance, enfin aux allocations familiales. Les vœux que nous regrettons de ne pouvoir reproduire *in extenso* montrent quelles sont les préoccupations de la réunion d'information qu'elle vient d'organiser à Paris, boulevard de Latour-Maubourg.

La Maison de la Médecine prie les familles ayant un médecin ou un étudiant prisonnier ou tombé au Champ d'honneur, de bien vouloir lui faire parvenir tous renseignements à leur sujet. *Maison de la Médecine*, 15, avenue de l'Observatoire, Paris (6e).

Vaccination antiamaryle. — Le *Journal Officiel* du 13 mars 1942 publie un arrêté du Secrétaire d'Etat aux colonies rendant la vaccination antiamaryle obligatoire dans toute l'Afrique occidentale française.

Les coques de cacao dans l'alimentation humaine. — Un arrêté, en date du 28 février 1942, interdit la fabrication et la vente des produits destinés à l'alimentation humaine comportant en mélange des coques de cacao.

Est provisoirement autorisée la vente des coques de cacao à l'état pur et dépoussiérées, avec la mention que le produit est limité à la préparation d'infusions et ne doit pas être consommé par des enfants de moins de huit ans.

COURS

Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien. — COURS DE SERVICE SOCIAL ANTIVÉNÉRIEN pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. — 25e session, avril 1942 (14 leçons), du 20 au 25 avril 1942, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), et à la clinique Baudelocque.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), avant le 6 avril 1942. Droit d'inscription : 10 francs. Compte chèque postal 627.00.

ECOLE DE STAGE DE SERVICE SOCIAL. — La Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien a créé une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

Un certificat est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Société médico - chirurgicale des hôpitaux libres. — Une série de douze conférences de perfectionnement sur des sujets médicaux et chirurgicaux sera faite au cours du second trimestre par MM. Coffin, Denet, Galland, Giroux, Grain, J.-A. Huet, Jausion, Martiny, Rœderer, Vernes, F. Viala, Viard. Cet enseignement sera réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité. Programme et inscriptions, 1, place d'Iéna, Paris (16e).

Nécrologie

Le Dr Albert Manson, ancien interne des hôpitaux de Paris (1892), chirurgien de l'hôpital Saint-Jacques, à Paris.

— Le Dr Paul Bourdel, ancien interne des hôpitaux (1882), décédé à Villemoisson-sur-Orge (S.-et-O.).

— Le Dr Marc Mathieu, à Lyon.

— Le Dr Charles Gautheron, à Villeurbanne.

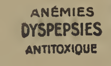
— Le Dr Gabriel Philippon, à Baix (Ardèche).

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux

MICROLYSE

Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense

LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-X°





DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR

Vient de paraître

LA 9ME ÉDITION DU

FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**

Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00

DIURÈNE

EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris

TRAITEMENT DES ANÉMIES
ET DES DÉFICIENCES
NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL

COMPRIMÉS

complexe d'acides aminés : hystidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B, associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.

MODE D'EMPLOI :

Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

LABORATOIRE du **NEUROTENSYL**
72, boulevard Davout, PARIS (20e)



FLUXINE
Gouttes et Dragées



MÉDICATION D'UNE POSOLOGIE PRÉCISE
contrôlée physiquement et biologiquement

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8ème)



TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

AMPOULES

DOSAGE NORMAL
Ampoules de 1cc.
dosées à 2 milligrammes
Boîte de 6
1 ampoule tous les jours
ou tous les 2 jours et plus
(voie sous-cutanée)

DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc
dosées à 10 milligrammes
Boîte de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours
et plus
(voie sous-cutanée)

COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour
selon les cas.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon - PARIS (4e)



VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS
LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL
DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

REVUE GENERALE

LES RAPPORTS DE L'ASTHME ET DE LA TUBERCULOSE

par le Docteur P. Villanova

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ex-Assistant à l'Hôpital Necker

ETUDE CLINIQUE. — CONCEPTIONS PATHOGENIQUES DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

C'est une notion bien établie et même banale que d'affirmer qu'un terrain diathésique spécial est nécessaire, mais non suffisant pour provoquer l'éclosion de l'asthme. Ce qui revient à dire que le diathésique n'est pas forcément un asthmatique, mais que l'asthmatique est toujours un diathésique, le terme « diathèse » étant pris dans son sens le plus large de prédisposition morbide.

Empressons-nous de dire que ce terrain est difficile à définir d'une façon précise et que s'il s'offre complaisamment à l'analyse, il échappe bien souvent à la synthèse.

Ses composants en sont connus, mais sont essentiellement variables d'un sujet à l'autre : les altérations humorales, neuro-végétatives, hépatiques, endocriniennes s'intriquent plus ou moins à des degrés divers, et différemment chez chaque malade, donnant à celui-ci un caractère d'individualisation très marquée.

Quant aux facteurs originels et profonds de ce terrain vicié, il faut les rechercher dans les atteintes morbides qui, *au cours de la vie d'un sujet ou le plus souvent à travers son hérédité*, ont pu imprégner profondément son organisme et aboutir à ces *réactions d'intolérance que constituent l'asthme et ses manifestations apparentées.*

Parmi ces atteintes morbides durables, la tuberculose nous semble tenir une place de choix, longtemps méconnue, trop souvent négligée encore actuellement.

***

Après un bref rappel historique, nous étudierons les divers aspects cliniques présentés par l'association asthme-tuberculose et les répercussions pathologiques entraînées par cette association. Nous envisagerons ensuite l'interprétation pathogénique que l'on peut donner de ces faits. Enfin un chapitre de déductions thérapeutiques viendra sanctionner cette étude et y apporter son côté pratique.

Nous insisterons sur ce fait qu'au cours de cette étude nous aurons en vue *l'asthme de l'adulte.*

L'asthme infantile est en effet, pour certains, une maladie bien à part où le rôle de la tuberculose serait négligeable. Pour nous le problème reste posé chez l'enfant de la même façon, mais les données sont différentes. Nous y ferons d'ailleurs une brève allusion.

RAPPEL HISTORIQUE

Trousseau fut un des premiers à établir dans une famille d'arthritiques diathésiques la coexistence d'asthme et de tuberculose.

Germain Sée signale également que l'asthme peut être la première manifestation de la tuberculose pulmonaire.

En 1879, Pujade décrit, dans sa thèse, la forme asthmatique pure de la tuberculose, que Bard rattache à l'évolution fibreuse de cette maladie.

En 1900, Landouzy prend position : il affirme les dépendances étroites de l'asthme et de la tuberculose. Il édifie sa conception de l'asthme tuberculinique, idée que semblent renforcer les vues ultérieures des auteurs Lyonnais, Poncet et Leriche, qui vont même jusqu'à considérer l'arthritisme comme fonction d'une tuberculose inflammatoire discrète, développant dans les parenchymes viscéraux une sclérose progressive.

Mais la thèse opposée garde d'énergiques défenseurs ; et avec Pidoux, Guéneau de Mussy, Monneret, N. Roger, l'antagonisme absolu de l'asthme et de la tuberculose est de nouveau prôné.

Puis viennent les conceptions humorales de l'école de Widal qui devinrent le centre des travaux sur l'asthme, reléguant dans l'ombre les notions d'arthritisme, de diathèse, pour les faire réapparaître sous les termes rajeunis de colloïdoclasie et d'idiosyncrasie.

A l'étranger Bussénius, Storm Van Leuwen, Ling, Diaz, Epstein, Carranza, Baar, Frankel, Cevey, Dudan ; en France, Cosnier, Bonamour, Duquaire, Bouveyron, Lumière, Arloing, Caussade et Amsler, Girbal, attirèrent l'attention sur l'importance du facteur tuberculeux dans l'asthme et les moyens de le combattre.

Notre maître, M. André Jacquelin, s'y est particulièrement consacré depuis quelques années et ses élèves, Ald'huy, Mlle Rotté, Dechaume-Moncharmont, Cornet, ont contribué à mettre en valeur d'importantes notions touchant ce problème. Nous-mêmes, dans une thèse récente, faite dans son service et ayant trait aux parentés morbides de l'asthme, y avons particulièrement insisté.

APPRECIATION DE LA FREQUENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ASTHMATIQUES ADULTES

Elle a été et elle reste très discutée pour des raisons que nous comprendrons facilement lorsque nous verrons plus loin les caractères bien spéciaux de la tuberculose chez les asthmatiques.

Si l'on ne veut envisager que les cas où la tuberculose est latente, reconnue « officielle », déployant au grand jour son cortège de signes cliniques, radiologiques, bactériologiques (triple critère sans lequel pour certains on n'aurait pas le droit de parler de tuberculose), il est évident que l'intervention du facteur tuberculeux dans l'asthme apparaît négligeable.

C'est ainsi que Delthil sur 4.600 asthmatiques n'en trouve que 12 tuberculeux bacillifères. Aguilar et Smirnoff évaluent ce taux à 6 %, Karkavy et Hébold à 10 %. Fraenkel sur 369 asthmatiques en trouve une proportion de 16,7 % présentant des signes de tuberculose passée ou présente, 4,3 % seulement présentant des foyers tuberculeux pulmonaires nets, cliniquement et radiologiquement.

Envisageant le problème sous l'angle inverse, Epstein, sur 1.015 tuberculeux, en signale 13 présentant de l'asthme et une tuberculose torpide. Schroider, sur 4.716 tuberculeux, n'en trouve que 30 porteurs d'asthme typique, proportion qui n'est nullement faite pour étonner, car il est rare, sinon exceptionnel de rencontrer un asthmatique parmi la foule des malades hospitalisés d'un service de phtisiologie.

Ainsi donc serait justifiée apparemment la thèse de l'antagonisme établi par les classiques entre tuberculose et asthme, et serait confirmée cette notion répandue que la phtisie ulcéro-nodulaire banale n'est presque jamais asthmogène.

En réalité, une étude plus approfondie montre que cet antagonisme demande à être interprété et est loin d'être absolu. Recherchée avec minutie, la fréquence de la tuberculose chez les asthmatiques apparaît au contraire beaucoup plus grande qu'on pourrait le penser. Cantonnet trouve 20 % de ses asthmatiques « imprégnés ». Se basant uniquement sur les antécédents personnels de ses malades ayant présenté des manifestations évidentes d'atteinte tuberculeuse et sur des altérations radiologiques significatives, A. Jacquelin avec Ald'huy avait trouvé 23 % d'asthmatiques tuberculeux absolument latents. Mais ses recherches ultérieures basées sur des signes radiologiques plus discrets et sur l'hyperallergie tuberculinique lui ont révélé plus de 70 % d'asthmes coexistant avec une tuberculose larvée. Krez va même plus loin et fixe ce taux à 78 %.

CARACTERES DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ASTHMATIQUES

Ils contribuent à montrer que *l'antagonisme existant entre tuberculose et asthme* est un *antagonisme d'évolution mais non d'existence.*

En effet, comme nous le disions précédemment, et malgré des exceptions qui ont pu être rapportées (Bezançon, Amsler, Jacquelin), il est très rare de voir chez un asthmatique évoluer des lésions de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse. Bien plus, toute poussée évolutive bacillaire chez un asthmatique entraîne ordinairement la suspension de ses crises qui ne reparaissent qu'ultérieurement, lorsque le processus phtisiogène est éteint ou guéri. Et c'est un fait exceptionnel que de voir coexister dans les crachats la cellule éosinophile et le bacille de Koch (Bezançon).

La tuberculose chez ces sujets revêt de façon presque constante une forme dégradée, larvée, discrète, et même complètement latente. Elle affecte tantôt l'allure fibreuse, apyrétique, non évolutive, pauci ou abacillifère, peu extensive, parfois même entièrement cicatricielle, tantôt une allure plus bruyante, mais rapidement résolutive (foyer de corticopleurite, de congestion pulmonaire, de pleuro-pneumonie qu'il faudra rattacher à leur véritable cause), tantôt un aspect de « tuberculose abortive » (Ameuille), reliquat persistant de complexe ganglio-pulmonaire ou foyer pulmonaire sans retentissement apparent.

En somme, il s'agit de *tuberculose torpide à très faible potentiel évolutif ou à très forte tendance résolutive*, ce qui nous explique l'opinion ancrée des anciens auteurs envisageant une incompatibilité totale entre tuberculose et asthme.

Ces petits tuberculeux se cachent même parfois sous le masque rassurant de bronchiteux, de catarrheux chroniques, « d'emphysémateux » (terme employé avec une fréquence qui n'a d'égale que la rareté de l'emphysème vrai).

Enfin la bacillose peut affecter une allure congestive et éréthique. On peut voir ainsi survenir des hémoptysies qui tantôt coïncident avec les crises dyspnéiques, tantôt leur sont consécutives, tantôt enfin s'y substituent, jouant le rôle d'équivalent et dévoilant ainsi l'aptitude particulière de ces sujets aux perturbations vaso-motrices pulmonaires.

Mais il s'en faut que la localisation de la tuberculose soit toujours pulmonaire et comme nous le verrons ultérieurement, on trouve parfois dans les antécédents de ces malades des signes d'ostéo-arthrite, d'adénite, de péritonite, de pelvi-péritonite, etc...

Ces formes discrètes et relativement bénignes de la tuberculose, que nous rencontrons fréquemment chez les asthmatiques nous semblent entièrement régies par le terrain dysharmonique et diathésique sur lequel elles évoluent. Ces malades présentent, en effet, des signes qui les rattachent plus ou moins à la classe des « Bradytrophiques » (Bouchard, Landouzy), des auto-intoxiqués (Gilbert et Lereboullet), des petits hépatiques (Glénard), des neuro-lymphatiques (Epstein), etc., somme toute à cette grande famille des arthritiques. Ce sont des sujets présentant les signes de la dystrophie ostéo-conjonctivo-élastopathique de

Jacquelin, au système vaso-moteur instable, enclins aux douleurs rhumatismales, aux algies les plus diverses, présentant un système dermo-épidermique particulièrement intolérant et propice à l'urticaire, à l'œdème de Quincke, au prurigo, à l'eczéma, aux dartres, au psoriasis, à l'acné, aux staphylococcies (Jasion). Leur appareil digestif est particulièrement fragile : digestions pénibles, signes de dyspepsie hypo ou hypertonique, crises hépatiques, intolérances alimentaires avec vomissements, diarrhée, subictère, etc...

En résumé, *cet arthritisme, quelquefois acquis, le plus souvent constitutionnel, tient sous sa dépendance év oite et la forme de la tuberculose, et la gravité de l'asthme.* En effet, la tuberculose est d'autant moins évolutive et plus bénigne que l'arthritisme est plus accentué, mais elle est de ce fait d'autant plus asthmogène qu'elle apparaît mieux freinée par cet arthritisme (Cantonnet).

⁂

DATE DE L'APPARITION DE L'ASTHME PAR RAPPORT A LA TUBERCULOSE

a) Le plus souvent CHEZ L'ADULTE, la tuberculose précède apparemment l'apparition de l'asthme, celui-ci succédant à l'arrêt de la tuberculose pulmonaire (spontané ou thérapeutique) ou à sa transformation fibro-scléro-calcaire. C'est le cas le plus fréquent, mais non la règle. D'ailleurs, certaines tuberculoses peuvent se cacher pendant longtemps sous une symptomatologie d'asthme bronchique et ne seront souvent qu'une découverte de radiologie.

L'évolution du syndrome asthme-tuberculose est variable. Tantôt il existe un véritable balancement, les poussées de tuberculose et les crises d'asthme alternent, parfois même les crises d'asthme persistent, bien qu'atténuées pendant toute l'évolution de la tuberculose. Ces cas d'évolution parallèle sont néanmoins très rares (Caussade et Amsler, Jacquelin).

Comme nous le disions précédemment, c'est très souvent à la suite de l'amélioration, sinon de la guérison de la tuberculose (à la suite d'un pneumothorax thérapeutique, par exemple) que se déclenchent ou réapparaissent les crises d'asthme.

Mais en revanche, dans quelques cas malheureux, on a pu voir la guérison de l'asthme (spontanée ou thérapeutique) être suivie d'une reprise grave du processus tuberculeux. Aussi doit-on traiter ces malades d'une façon prudente et bien particulière

b) Parfois l'asthme et la tuberculose apparaissent cliniquement en même temps. Le pneumothorax thérapeutique enrayant les lésions peut guérir les crises d'asthme concomitantes (Sergent et Kourilsky, Armand-Delille, Caussade et Amsler). Mais dans ces cas d'apparition simultanée, il s'agit, en règle, d'une forme congestive hémoptisique de tuberculose et l'alternance des poussées asthmatiques et tuberculeuses s'observe avec une certaine fréquence.

c) Enfin pour certains (Petit, Rebout), l'asthme précède et annonce la tuberculose extériorisée, cessant souvent dès son apparition (cas de Sergent et Kourilsky) mais non toujours (cas de Caussade et Amsler).

Nous devons nous rappeler que, même dans cette dernière éventualité, l'absence de signes cliniques, bactériologiques et radiologiques de tuberculose, n'élimine pas du tout l'existence possible d'une tuberculisation légère préalable, sans histoire clinique, de lésions minimes latentes, parfois non spécifiques (anatomo-pathologiquement parlant) dans la création desquelles la forme filtrante et invisible du bacille peut jouer.

La tuberculisation latente peut ainsi précéder l'éclosion de l'asthme servant à celui-ci de cause déclenchante. Seules les épreuves tuberculiniques nous donneront des renseignements précis sur son existence cachée, en nous révélant l'hypersensibilité tuberculinique de ce terrain particulier et en réveillant une réaction syndromique dont nous parlerons ultérieurement. Mais parfois cette tuberculisation, de latente, peut devenir patente, aboutissant à l'éclosion d'une tuberculose déclarée qui suivra ainsi apparemment l'apparition de l'asthme, mais qui, en réalité. l'aura précédé. Le cas de Sergent et Kourilsky est à ce sujet particulièrement démonstratif.

Mais nous ne voulons pas émettre la prétention d'affirmer que la tuberculisation précède *TOUJOURS* l'apparition de l'asthme chez l'adulte. Si elle apparaît fréquente (les deux tiers des cas chez l'adulte), elle n'est pas constante. On doit penser que dans certains cas le terrain diathésique préexiste à l'éclosion de l'asthme et de la tuberculose, notamment dans les cas où l'on relève une hérédité diathésique manifeste (dans laquelle la tuberculose peut d'ailleurs jouer un rôle) ou lorsqu'il s'agit d'un asthme ayant débuté dans la première enfance alors que les cuti-réactions à la tuberculine s'avéraient toujours négatives, ou encore quand on relève dans les antécédents personnels de ces sujets l'existence de parentés morbides telles qu'urticaire, eczéma, prurigo, migraines, syndrome de Raynaud, vomissements cycliques, rhumatisme, algies... ayant précédé de loin l'apparition de l'asthme et de la tuberculose. Cette dernière, n'apparaissant que secondairement, peut jouer un rôle déclenchant ou favorisant, mais non créateur.

Au contraire on serait tenté d'admettre que la tuberculose a précédé et engendré l'asthme lorsque celui-ci apparaît chez des tuberculeux apparemment non diathésiques ou dans leur descendance alors que l'ascendance en était indemne (Caussade et Amsler). Nous envisagerons d'ailleurs ultérieurement par quels mécanismes on peut envisager l'action asthmogène de la tuberculose.

⁂

CARACTERES DE L'ASTHME EVOLUANT SUR UN TERRAIN TUBERCULEUX

Dans à peu près la moitié des cas, ils n'offrent absolument rien de particulier. Il s'agit d'un asthme le plus banal en apparence, présentant une allure et une physionomie qui ne le différencient en rien d'une autre variété clinique. Seule une recherche systématique et minutieuse permettra de découvrir l'intervention du facteur tuberculeux.

Dans d'autres cas, au contraire, ses caractères sont bien spéciaux et ont été décrits par M. A. Jacquelin. Il est tenace, récidivant, grave, tantôt par son intensité (état de mal à répétition), tantôt par sa persistance entraînant une dyspnée presque continue. Il s'intrique facilement de poussées congestives d'alvéolite. Il est à tendance exsudative, s'associant ou alternant avec des phénomènes de catarrhe et de bronchorrhée d'élimination. Les crises ne sont pas influencées par les facteurs exogènes, dits « sensibilisants », mais souvent par des modifications hygrométriques et climatiques.

Typiquement il présenterait les caractères de l'asthme « fixé », grâce à son épine locale et ne présenterait donc pas de parentés morbides. Toutefois nos recherches ne nous ont pas permis de retrouver ce caractère : car sur 208 asthmatiques présentant ou des antécédents personnels de tuberculose ou des signes radiologiques plaidant en sa faveur, nous en avons trouvé 122 accusant des parentés morbides diverses (eczéma, avec une particulière fréquence) soit une proportion de 58,6 %. Alors que sur 392 autres asthmatiques indemnes apparemment de toute tuberculose, nous en avons noté 238 porteurs de parentés morbides, soit une proportion de 60,7 % sensiblement équivalente à la précédente. Enfin dans ces asthmes évoluant sur terrain tuberculeux, les troubles humoraux sont peu importants : cholestérolémie, uricémie, oxalémie sont souvent normales.

Beaucoup plus évocateurs sont les troubles de l'état général accompagnateurs, véritable syndrome toxémique général entraînant un état subfébrile, un amaigrissement progressif, de la pâleur, de l'asthénie, de l'anorexie.

⁂

RECHERCHE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ASTHMATIQUES

Quels sont les signes ou les méthodes qui feront soupçonner et ensuite affirmer l'intervention du facteur tuberculeux dans la genèse de l'asthme ?

C'est d'abord ses caractères spéciaux que nous venons d'évoquer, mais qui ne se rencontrent que dans la moitié des cas environ. Insistons en particulier sur le caractère rebelle de ces asthmes faisant échec à toutes les médications ordinairement actives.

Aussi, pratiquement, en face de tout asthme apparaissant chez un adulte, la recherche du facteur tuberculeux devra-t-elle être poussée à fond par l'interrogatoire, l'étude serrée des anamnestiques, un examen complet du malade clinique, et radiologique, l'étude de sa sensibilité aux poisons tuberculeux.

1° INTERROGATOIRE

a) Les antécédents familiaux sont intéressants à étudier et éclairent d'un jour particulier le terrain morbide spécial de l'asthmatique tuberculinique.

Il est indiscutable « que l'asthme se voit dans les familles où l'on relève la tuberculose dans les ascendants, chez la mère ou la grand'mère en particulier » (Bezançon). Carlo Alice trouve que 82 % des asthmatiques présentent des manifestations familiales (héréditaires et collatérales) de tuberculose pleuro-pulmonaire. Nous-mêmes, avons trouvé que sur 600 asthmatiques dont nous avons dépouillé les observations, 102 présentaient des antécédents de tuberculose familiale d'ordre divers.

Caussade et Amsler ont attiré l'attention sur la coexistence d'asthme et de tuberculose pulmonaire dissociés dans la descendance de certains tuberculeux, comme dans celle, également, de certains asthmatiques. Ces auteurs citent ainsi des cas familiaux où tuberculose et asthme sont intriqués, par exemple : celui d'une mère issue de parents tuberculeux qui est elle-même à la fois tuberculeuse et asthmatique, et qui donne naissance à des enfants qui sont seulement asthmatiques.

Chez bon nombre d'asthmatiques, nous avons pu constater dans une des lignées, une ascendance bacillaire et dans l'autre, l'existence de manifestations diathésiques dites neuro-arthritiques, le cumul de ces influences héréditaires produisant, dans la descendance, tantôt des manifestations uniquement diathésiques, tantôt une tuberculose atténuée du type de l'asthme, tantôt des troubles se rapportant à la fois à la série diathésique et tuberculeuse.

C'est ainsi que :

18 malades présentaient des antécédents familiaux de tuberculose et personnels d'ordre diathésique (sans tuberculose apparente) ;

20 malades accusaient des antécédents familiaux à la fois tuberculeux et diathésiques et des antécédents personnels également tuberculeux et diathésiques ;

24 autres asthmatiques présentaient des antécédents familiaux à la fois tuberculeux et diathésiques et des manifestations personnelles uniquement diathésiques ;

40 accusaient dans leurs antécédents familiaux des signes de tuberculose, sans aucune manifestation diathésique et, personnellement,

présentaient à la fois des signes de la série diathésique et tuberculeuse ;

Enfin, chez 59 autres malades, soit près d'un dixième, présentant uniquement des antécédents familiaux de la série diathésique, nous avons pu relever, soit par l'interrogatoire, soit par la radiographie, des manifestations de la série tuberculeuse.

On voit donc à quel point les facteurs tuberculeux et diathésique peuvent s'intriquer pour donner les associations les plus variées, réalisant ainsi un type « croisé » *tuberculino-arthritique* (Delthil) où la tuberculose semble décroître de virulence en même temps que s'affirme l'importance des manifestations diathésiques.

b) Les antécédents *personnels* sont souvent très explicites. Ils révèlent souvent une manifestation tuberculeuse soit patente (tuberculose pulmonaire connue, d'allure fibreuse ou hémoptisique, pleurésie séro-fibrineuse, tuberculose ostéo-articulaire, abcès froids), soit discrète (érythème noueux, adénopathies cervicales, lupus...), soit volontiers « atypique » (phénomènes pleuro-pulmonaires hâtards, « bronchite » traînante ou à répétition, « rhumes persistants », congestion pulmonaire à lente évolution, épisodes fébriles de nature indéterminée, etc.).

C'est ainsi que les antécédents personnels de 70 asthmatiques (sur 600) nous ont révélé des manifestations extrêmement nettes de tuberculose.

2° La Radiographie

Elle est indispensable pour constater les anomalies, le plus souvent *discrètes*, de la structure pulmonaire et que l'examen clinique, même le plus minutieux, serait incapable de révéler.

Dans environ 50 % des cas pour Zdansky, pour Dechaume-Moncharmont, les poumons des asthmatiques présentent des images radiologiques anormales.

Nous-mêmes nous avons relevé que sur 600 asthmatiques, 208 présentaient des anomalies radiologiques indiscutables, donnée qui justifie amplement la pratique de l'examen radiographique pulmonaire systématique chez tout asthmatique.

Il est évident que dans l'appréciation de ces anomalies, il ne faudra pas tenir compte des ombres à convergence hilaire si fréquemment rencontrées chez ces malades et traduisant des stases vasculaires banales. Au contraire, devront retenir particulièrement l'attention, des anomalies telles que :

Une diminution unilatérale ou bilatérale de la clarté apicale, plus ou moins uniforme, avec rétraction possible de la fenêtre sus-claviculaire ;

Un aspect de scissurite sous forme d'une traînée linéaire opaque barrant plus ou moins transversalement le champ pulmonaire ;

Une image réticulée, trabéculaire, unilatérale à siège intercléido-hilaire (périlobulite de Sergent) ;

L'existence de nodules calcifiés dans les deux champs pulmonaires en grains de plomb, ou au contraire plus volumineux, reliquats d'un complexe primaire particulièrement important ;

Ou enfin des signes apparents de pachypleurite avec diaphragme festonné, culs-de-sac comblés et représentant les vestiges d'une atteinte pleurale ancienne.

Quant aux lésions pulmonaires étendues, importantes, elles sont exceptionnelles. Mais tous ces signes — pourra-t-on objecter — sont d'interprétation délicate. Ils paraissent cependant suffisants à M. A. Jacquelin pour affirmer l'atteinte bacillaire à condition bien entendu que l'existence d'une suppuration pleuro-pulmonaire ou d'une pneumopathie aiguë, caractérisée, ne puisse les expliquer.

Toutefois, on ne doit pas se laisser entraîner à des déductions excessives et imputer systématiquement à la tuberculose l'existence d'un asthme qui s'accompagne de quelques images pulmonaires suspectes : il peut y avoir coexistence et non corrélation. D'autre part étant donné l'existence possible de lésions, inaccessibles à nos moyens d'exploration, on ne devra pas, non plus, éliminer le facteur tuberculeux sur la simple lecture d'un film négatif sans procéder aux épreuves tuberculiniques dont nous allons maintenant parler.

3° Epreuves tuberculiniques

Elles sont indispensables pour déceler l'intolérance de ces sujets aux poisons tuberculeux. Elles permettent parfois de mettre en évidence le caractère asthmogène de cette hyperallergie tuberculinique.

La cuti-réaction à la tuberculine entraîne chez de nombreux asthmatiques une réaction *locale* anormalement importante et persistante, prenant une forme papulo-vésiculeuse, urticarienne, œdémateuse, lymphangitique, parfois nécrosante. Elle peut déclencher une réaction *générale* fébrile, voire même une réaction *focale* de type asthmatique, véritable asthme provoqué.

Mais les réactions épidermiques à la tuberculine peuvent être peu probantes. On arrive à mieux préciser cette hypersensibilité tuberculinique par l'injection sous-cutanée de tuberculine (doses croissantes d'un demi-milligramme, puis un milligramme, puis trois milligrammes, tous les deux ou trois jours), réalisant ainsi un « tuberculin-test », épreuve dont la technique, les effets, les résultats ont été exposés par M. A. Jacquelin dans son ouvrage sur les tuberculoses atypiques.

C'est dans ces conditions que l'on peut voir apparaître, avec le plus de netteté, vingt-quatre à trente-six heures après l'injection, les trois ordres de réaction : locale, générale et focale asthmogène (sous forme de crise de dyspnée, de coryza, de toux spasmodique ou de bronchorrhée, formes dégradées de l'asthme). Cette réaction *syndromique focale semble caractéristique et spécifique de l'origine tuberculinique de l'asthme.*

En effet, comme ont pu le montrer de nombreuses injections de contrôle, les asthmes non tuberculeux ne réagissent pas à cette épreuve (Jacquelin et Mlle Rotté) et les asthmes tuberculeux ne sont pas influencés allergiquement par une injection de vaccin ou de protéine quelconques.

En résumé, le facteur tuberculeux pourra être incriminé à l'origine du syndrome asthmatique dans la proportion même où il interviendra expérimentalement pour déclencher allergiquement un accès d'asthme.

***

ROLE PATHOGENIQUE DE LA TUBERCULOSE DANS L'ASTHME DE L'ADULTE

Il est varié et complexe, intervenant tour à tour dans la constitution de l'épine irritative, d'un état de sensibilisation et même du terrain diathésique.

1° Rôle local

Bezançon et De Jong y ont fortement insisté. Une épine tuberculeuse pulmonaire, au même titre d'ailleurs que n'importe quelle lésion scléreuse (consécutive par exemple à une broncho-pneumonie, à des gaz de combat) engendre une irritation chronique des terminaisons nerveuses sensitives de cette partie des voies respiratoires profondes. De là partent des réflexes longs asthmogènes empruntant la voie du pneumogastrique pour se réfléchir sur le bulbe et des réflexes courts broncho-bronchiques, ne dépassant pas les centres muraux sympathiques annexés à l'appareil bronchique. Pour Daniélopolu, ces réflexes courts expliqueraient la prolongation de l'état dyspnéique bien au delà de la cause qui l'a déclenché. Il se crée ainsi un véritable cercle vicieux végétatif dyspnéisant ; l'épine locale, jouant le rôle d'excitant initial, amène par réflexe des phénomènes de spasme et de congestion, d'œdème et d'exsudation à localisation bronchiolique qui, à leur tour, entretiendront l'excitation des terminaisons centripètes et l'irritabilité des centres bronchomoteurs. Le rôle de la tuberculose se limiterait donc, pour certains (Bezançon et De Jong) à la création d'une épine irritative productrice de lésions de névrite au niveau des terminaisons vago-sympathiques par l'intermédiaire de néoformations de sclérose. On peut même supposer dans certains cas l'existence de lésions inaccessibles à nos moyens d'exploration, purement nerveuses. Ces lésions localiseraient inéluctablement sur l'arbre respiratoire les manifestations de la diathèse générale dans la création de laquelle elle n'interviendrait pas. Elles en interdiraient les déplacements vers d'autres territoires. Elles expliqueraient que cette variété d'asthme évolue parfois sans alternances morbides, méritant bien le nom d'asthme *fixé*. La lésion locale a transformé la diathèse mobile en diathèse fixée, de gravité sensiblement accrue. Son rôle d'élimination rend peut-être compte du caractère humide fréquemment rencontré dans cette variété d'asthme. Un élément sécrétoire important se surajoute en effet souvent aux phénomènes dyspnéiques.

On entrevoit ainsi aisément toute la gravité et la ténacité possible de ces asthmes avec épine locale importante entretenant une source permanente des perturbations neuro-végétatives. C'est dans ces cas que l'on a pu invoquer l'intervention possible d'une décharge histaminique. En effet, l'irritation des filets nerveux sensitifs et vaso-moteurs (phrénique et vago-sympathique) et des ganglions intramuraux déclencherait l'intervention du système histaminergique (Tinel et Hungar) « producteur de réflexes d'axone » avec vaso-dilatation locale. La libération locale d'histamine, qui en est l'aboutissant, serait asthmogène par les mécanismes de la vaso-dilatation capillaire et de la bronchoconstriction. Telle est également l'opinion de Sergent, Fourestier et Brincourt ; confirmant cette notion, Herrenshmidt dans sa thèse, nous apprend l'existence d'un indice histaminique élevé à la fois chez les asthmatiques (en crise) et chez les tuberculeux fibreux stabilisés (d'une façon permanente).

Ces asthmes sont donc particulièrement graves ; l'état de mal peut en être l'aboutissant ; ils offrent aux thérapeutiques, même chirurgicales, une résistance qui n'est pas faite pour nous surprendre, étant donné la grande complexité des voies nerveuses utilisées par l'arc réflexe broncho-constrictif et dont certaines sont inaccessibles au chirurgien, mais pourraient être atteintes par les agents physiques.

Danielopolu fait cependant intervenir un autre facteur dans l'action asthmogène de cette épine locale. Il invoque une *sensibilisation purement locale* aux toxines tuberculeuses et aux albumines hétérogènes issues de la fonte du tissu tuberculeux. La tuberculine injectée chez ces malades (comme d'ailleurs un certain nombre d'autres médicaments), agirait en remaniant cette lésion locale, en la réactivant (phénomènes de congestion, appel leucocytaire) et aboutirait à un choc anaphylactique local producteur de l'asthme.

Nous ne pouvons nous associer entièrement à cette manière de voir. L'action de la tuberculine injectée ne peut être exclusivement locale. Nous sommes autorisés à dire qu'*elle déclenche des phénomènes généraux par l'intermédiaire de la lésion locale* avérée ou latente. Nous avons pu observer en effet, que la tuberculine injectée chez certains asthmatiques pouvait non seulement entraîner une réaction focale respiratoire, en l'occurrence un réveil de la dyspnée, mais encore faire apparaître ou exacerber une manifestation morbide apparentée telle qu'eczéma, entérocolite, rhumatisme, etc... Bien plus, nous avons pu voir réaliser quasi-expérimentalement la contre-épreuve chez plusieurs malades du service du Docteur Jacquelin, non asthmatiques, à état pulmonaire absolument normal apparemment, et déclencher trente-six heures après l'injection d'un milligramme de tuberculine, une crise d'asthme typique alors que ces sujets n'en avaient jamais présenté. Des cas homologues d'asthme déclenché par la tuberculinothérapie ont d'ailleurs été signalés par Jacobson et Gougerot, par Ald'huy dans sa thèse. Ainsi donc, le rôle

de la tuberculose ne se borne pas à une action locale ; cette interprétation est peut-être valable partiellement pour l'asthme, elle ne saurait convenir aux manifestations diathésiques d'intolérance extra-pulmonaires tels qu'eczéma, rhumatisme, entérocolite, que l'on voit si souvent s'associer ou alterner avec l'asthme et que l'on peut faire apparaître ou réveiller par les injections de tuberculine.

2° Rôle sensibilisant

L'asthme ou l'une de ses manifestations apparentées peut être la conséquence d'une sensibilisation générale aux produits toxiques bacillaires issus de foyers tuberculeux latents ou torpides et diffusant dans les milieux humoraux. *L'asthme tuberculeux se présenterait donc comme une manifestation d'hyperallergie, ou mieux d'intolérance à la tuberculine* et ne différerait donc pas de la pathogénie classique anaphylactique de l'asthme en général.

Cette hypersensibilité ou plutôt cette hypersensibilisation tuberculinique ne peut se faire que grâce, évidemment, à un terrain prédisposé spécial car bon nombre de tuberculeux ne deviennent pas asthmatiques ! La tuberculose agit donc, dans ces cas, comme facteur sensibilisant, puis déchaînant, amenant un choc par le mécanisme habituel du conflit antigène-anticorps. Telle est la conception de « l'asthme tuberculinique » de Landouzy, fonction de tuberculose larvée.

L'école homœopathique avec Nebel, Martiny et Pretet, Fortier-Bernoville pense également que l'intoxication tuberculeuse jouerait ainsi un grand rôle dans l'éclosion de l'asthme et de certaines manifestations diathésiques. La psore ou neuro-arthritisme ne serait que le résultat d'un tuberculinisme ancien, évolué, hiérarchisé à travers des générations. Cet état tuberculinique dépendrait d'une sensibilisation toxinique en rapport avec un taux de dilution de tuberculine humorale particulièrement anaphylactisante, et ne serait que le témoin d'une infection éteinte ou ayant existé chez les ascendants. Pour ces auteurs, la sensibilisation toxinique pourrait, en effet, toucher les éléments de l'œuf à travers le placenta. Cette conception expliquerait l'intolérance que présentent très souvent ces sujets à l'apport nouveau, mais faible, de poisons tuberculeux. C'est ainsi que l'apparition d'une tuberculose pulmonaire discrète et torpide ou l'apparition d'une infection tuberculeuse latente, peu mutilante mais toxinogène, serait susceptible de parfaire cette sensibilisation à la longue et de faire apparaître des manifestations d'intolérance telles qu'asthme, eczéma, rhumatisme, etc. Un faible apport de toxine, comme en détermine une légère poussée focale au niveau de ces lésions, déclencherait une crise par véritable réaction antigène-anticorps. Par contre, un tuberculinique qui deviendrait tuberculeux par évolution grave émettrait de la toxine à dose massive dans ses humeurs. Cet apport important abaisserait le taux hautement vibratoire de la toxine diluée, créant un phénomène de désensibilisation comparable à celui réalisé artificiellement dans le phénomène de Besredka. Cette hypothèse nous expliquerait pourquoi les crises d'asthme cessent en général lors de l'évolution d'une tuberculose grave. Toutes ces vues nous permettent d'interpréter les résultats des épreuves tuberculiniques (cuti, intradermo, tuberculin-test) qui, comme nous l'avons vu, déterminent chez les sujets intolérants une triple réaction locale, générale et focale. Elles trouvent également confirmation dans les effets souvent très heureux de la tuberculinothérapie qui paraît bien jouer comme désensibilisation spécifique.

Ainsi donc les conceptions des homœopathes modernes que nous avons tenu à évoquer viennent rejoindre nos vues allopathiques, sur le rôle sensibilisant de la tuberculose.

3° Rôle de la tuberculose
dans la constitution du terrain asthmatique

Il est difficile à déterminer exactement mais il semble peu douteux.

L'école lyonnaise avec Courmont, Poncet, Leriche lui attribue un rôle essentiel, et soutient la théorie de l'arthritisme par tuberculose. Biolakur fait de l'asthme une paratuberculose et Landouzy une bradytrophie tuberculeuse, la tuberculose pouvant amener des perturbations endocriniennes et humorales modifiant profondément le terrain au même titre que l'hérédo-syphilis et réalisant ainsi une dystrophie dont l'asthme peut être une résultante plus ou moins éloignée.

Pour l'école homœopathique moderne nous avons vu que ce terrain pourrait être l'aboutissant d'une sensibilisation aux toxines bacillaires transmises héréditairement ; l'asthme serait « un accident respiratoire aigu chez un psorique tuberculinique à tendance spasmophile ». « La pathogénésie de la tuberculine de Koch » décrite par Nebel se rapproche beaucoup des symptômes présentés par ce que nous appelons le diathésique. Fortier-Bernoville insiste sur l'extrême sensibilité des muqueuses respiratoires de ces sujets, sur les troubles de la circulation veineuse, sur l'instabilité du caractère avec tendance psychasthénique, etc. La tuberculose serait avec la syphilis le plus grand facteur de déséquilibre neuro-endocrinien. L'hypercholestérinémie génératrice de sclérose est considérée par ces auteurs comme pouvant résulter d'un processus de défense contre les toxines tuberculeuses.

Il est logique de penser que les poisons et albumines hétérogènes, émanant d'une façon continue ou discontinue de foyers tuberculeux et transportés par le milieu humoral peuvent être à l'origine de profondes modifications humoro-hépato-neuro-endocriniennes susceptibles d'être transmises héréditairement. *Ainsi pourrait être réalisé un terrain dyscrasique de nature tuberculinique.* Les observations de Caussade tendent bien à montrer que la tuberculose semble être à la base d'un terrain asthmatique dans la descendance des tuberculeux. De même nous avons signalé la relative fréquence de la tuberculose dans les antécédents héréditaires de nos asthmatiques.

Le foie est un des organes le plus électivement touché par les toxines tuberculeuses auxquelles il est particulièrement sensible. Son rôle antitoxique explique la proportion élevée des lésions banales, dégénératives ou scléreuses, constatées à l'autopsie des tuberculeux par rapport aux lésions spécifiques. C'est ainsi que Mouisset et Bonnamour les rencontrent dans une proportion de 89 %. Certains auteurs, Tedeschi en particulier, ont pu à l'aide d'injections de tuberculine obtenir chez l'animal des lésions d'hépatite dégénérative et de réticulose diffuse. Se basant sur les signes cliniques et les épreuves de laboratoire E.-J. Aubertin affirme la constance presque absolue des troubles hépatiques dans les divers processus de la tuberculose pulmonaire. Girbal affirme que l'insuffisance hépatique est fréquente chez les tuberculeux et constante chez les asthmatiques. Mais nous devons signaler ici l'opposition formelle existant entre le calme trompeur et sournois de la grande insuffisance hépatique accompagnatrice d'évolutions tuberculeuses graves, et le caractère tapageur mais peu dangereux des manifestations de l'hépatisme de certains diathésiques tuberculeux torpides. Ainsi donc, la tuberculose par une action toxinogène prolongée est susceptible de léser le foie ou de le fragiliser à l'égard d'intoxications ou d'infections banales et à son tour la déficience grave du foie est particulièrement propice à la tuberculo-génèse. Dans de nombreux cas il semble que le foie soit particulièrement sensibilisé à la tuberculine comme le prouve la fréquence des réactions hépatiques d'intolérance au cours de la tuberculinothérapie (nausées, inappétence, pesanteurs ou douleurs dans l'hypocondre droit, subictère, urobilinurie, vomissements même) et on peut admettre que chaque décharge tuberculinique endogène pourra être à l'origine de manifestations semblables qui traduisent la fixation toxémique, puis sa neutralisation par la cellule hépatique.

D'autre part la toxine bacillaire a une affinité spéciale pour le *système nerveux végétatif.* Perrin et Yovanovitch explorant l'équilibre vagosympathique des bacillaires ont admis l'action excitatrice (para ou orthosympathicotonique) des tuberculoses bénignes, et inhibitrice (hyponeurotonique) des tuberculoses graves. Pour Kinberg, Mlle Delhay et Corcos, la vagotonie est de règle chez les tuberculeux fibreux.

Nous signalerons que les auteurs allemands (Czerny et Bolten) assignent à la vagotonie d'Eppinger et Hess un substrat tuberculeux. De même Jausion considère que le « terrain vagoséborrhéique » est sous la dominante tuberculeuse.

La tuberculose peut également toucher les *glandes endocrines* amenant des perturbations fonctionnelles où dominent l'excitation thyroïdienne (Cordier et Ceccaldi, Stevenin, Sabourin), l'inhibition surrénale (Sergent, Laffite et Moncani), parathyroïdienne et génitale.

Mais encore une fois à l'origine de ces altérations hépato-neuro-endocriniennes il s'agit le plus souvent de tuberculose discrète, torpide, voire d'allure atypique (Jacquelin), agissant plus par la toxémie que par la bacillémie.

Les miopragies fonctionnelles, base du terrain diathésique, qu'elle a entraînées, pourront être transmises à la descendance.

Cette conception du rôle de la tuberculose dans la constitution du terrain asthmatique a trouvé un regain d'actualité à la faveur de la découverte de l'ultra-virus tuberculeux susceptible de traverser le filtre placentaire. Ce virus filtrant, forme dégradée et faiblement virulente du bacille de Koch peut être décelé expérimentalement par la forme particulière de tuberculose inflammatoire qu'il engendre et qui peut précéder l'apparition de la tuberculose déclarée comme dans le cas de Sergent et Kourilsky. Avec certaines formes jeunes de B. K., analogues aux formes S trouvées par Saenz et Armand-Delille on a pu accuser cet ultravirus tuberculeux d'être à l'origine de formes atténuées de tuberculose déterminant des phénomènes inflammatoires non spécifiques aboutissant à la création de lésions de sclérose semblables à celles rencontrées dans la diathèse dite arthritique. Ces hypothèses demandent un complément de vérification.

Une autre cause peut également aider la tuberculose à créer la constitution asthmatique. Certains tuberculeux ont en effet été soumis à une véritable cure de suralimentation, à un sédentarisme excessif qui ont favorisé le ralentissement des échanges, l'obésité et la création de troubles hépatiques. Le changement de vie et d'habitude que leur a imposé leur tuberculose les a fait verser dans la diathèse arthritique. Des cas d'apparition d'asthme chez des tuberculeux pulmonaires après une telle cure plaident en faveur de la création d'un véritable arthritisme expérimental en même temps qu'elle tend à montrer l'intervention du facteur hépatique dans la formation de ce terrain.

***

En résumé, si nous envisageons le rôle de la tuberculose dans ses rapports avec la diathèse asthmatique, nous pouvons dire que *le terrain diathésique dit neuro-arthritique dans la constitution duquel la tuberculose peut entrer, conditionne à la fois et le mode évolutif de la tuberculose et la sensibilisation asthmogène du malade aux toxines bacillaires.* Contrairement à l'opinion de Gillot il ne nous paraît pas impossible d'envisager l'existence d'un « *asthme-tuberculeux* » où la tuberculose pourrait jouer tous les rôles : local, sensibilisant, créateur du terrain sans vouloir pour cela étendre à tous les asthmes une étiologie tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, on ne peut confirmer cette notion bien établie que *le terrain favorable à l'asthme l'est peu au développement de la tuberculose.* Le diathésique vis-à-vis de la tuberculose est dans un état de protection fait d'un état réfractaire inné, transmis héréditairement ou acquis, d'une immunité cellulaire partielle mais aussi d'une intolérance d'ordre humoral. On ne peut s'empêcher de rapprocher cet état de protection de l'état vacciné, bien que ce terme sonne très mal quand il s'agit de tuberculose.

***

CONCEPTIONS PATHOGENIQUES SUR L'ACTION DIATHESIQUE DE LA TUBERCULOSE

Nous avons signalé la fréquence avec laquelle on constate dans l'hérédité des asthmatiques soit des antécédents tuberculeux, soit des antécédents à la fois diathésiques dans une lignée, tuberculeux dans l'autre. Il semble plausible d'admettre que le croisement de deux tempéraments opposés puisse donner naissance à un type mixte constitutionnel que nous pourrions appeler « tuberculino-arthritique ». Ce type opposera le plus souvent une barrière de défense fibro-scléreuse à l'infection bacillaire qui pourra prendre chez lui électivement le masque des tuberculoses atypiques bien mises en valeur par Jacquelin. Mais d'un autre côté et apparaissant comme corollaire, ce type est très souvent hypersensible à la toxine tuberculeuse pouvant réagir d'une façon explosive et violente à tout apport toxinique bacillaire, même le plus minime, d'origine exogène ou endogène. C'est ainsi que *l'asthme et ses parentés morbides peuvent nous apparaître dans certains cas comme des réactions d'intolérance caractérisant l'effort de l'organisme* pour neutraliser, éliminer, fixer des toxines bacillaires essaimées par un foyer tuberculeux latent dont l'exaltation passagère aura entraîné une décharge toxique. Les incidents observés au cours du « tuberculin-test » plaident en faveur de cette thèse. Sous l'influence d'une dose minime de tuberculine injectée sous la peau, chez un sujet à la fois tuberculisé et intolérant peut se déclencher, comme nous l'avons vu, une réaction focale, véritable réaction syndromique spécifique, extériorisant artificiellement une des manifestations diathésiques accusées par le malade. Sous l'influence de l'apport toxique exogène se produirait une poussée congestive au niveau du foyer tuberculeux plus ou moins latent, entraînant soit des phénomènes de libération toxinique, soit des phénomènes dits de sensibilisation. La conséquence en est d'une part un retentissement général (fatigue, amaigrissement, fièvre), d'autre part une réaction focale dont l'apparition est conditionnée par la fragilisation de tel ou tel appareil. Des syndromes d'élimination, de fixation et de neutralisation pourront se faire au niveau de l'appareil respiratoire (asthme, coryza, bronchorrhée), hépato-digestif (hyperchlorhydrie, rejets de bile, ictère, diarrhée), cutané (eczéma, urticaire, prurit), nerveux (névralgies, migraines, psychoses dépressives ou mélancoliques passagères), articulaire (rhumatisme, arthralgie). Cette conception nous explique tous les incidents possibles de la tuberculinothérapie que nous avons relaté avec MM. Jacquelin et Cornet.

Ces troubles sont, en effet, liés à la réaction focale tuberculinique ; on peut avec des doses appropriées de tuberculine les modérer ou les supprimer. D'autre part on peut les faire apparaître chez n'importe quel malade *intolérant à la tuberculine* n'ayant jamais présenté aucune de ces manifestations. Il en fut ainsi de plusieurs poussées eczémateuses déclenchées chez des asthmatiques, de crises d'asthme apparues chez des rhumatisants pour la première fois sous l'influence de la tuberculinothérapie, de manifestations hépato-biliaires chez des tuberculeux fibreux, etc.

On ne peut donc que rapprocher ces manifestations, de certains syndromes, asthmatique, articulaire, hépatique, cutané, nerveux, survenant spontanément chez des tuberculeux latents et intolérants et considérer ceux-ci comme de même ordre que les manifestations extériorisées par la tuberculinothérapie.

Au point de vue thérapeutique la conclusion pratique est qu'il faut lutter contre les deux facteurs diathésique et tuberculinique qui s'intriquent intimement dans leur association et dans leur action. En effet, le terrain diathésique est essentiellement régi par sa prédisposition innée à réagir par de la sclérose à toute atteinte toxino-microbienne durable. D'autre part le bacille tuberculeux ou sa forme filtrante, vivant à l'état saprophyte, quelque part dans l'organisme (inclus par exemple dans un ganglion ou une lésion pulmonaire très localisée) reste cependant en échange permanent avec l'organisme par ses toxines solubles et diffusibles y provoquant l'apparition de ferments spécifiques ; ceux-ci véhiculés par les globules blancs et les éléments du système réticulo-endothélial apparaissent comme des facteurs de sensibilisation mais aussi de sclérose. Rappelons qu'expérimentalement Auclair à l'aide de la chloroformobacilline réalisait la sclérose tuberculinique comparable à la diathèse sclérogène de l'arthritisme. On conçoit donc ici l'existence possible d'un véritable cercle vicieux pathogène : la diathèse responsable du caractère enkysté et fibreux de la tuberculose serait en même temps aggravée par celle-ci. Cette interprétation, hypothétique peut-être, a l'avantage d'expliquer des faits cliniques qui jusqu'ici paraissaient mystérieux, notamment que certains diathésiques tuberculeux voient par un traitement visant uniquement leur tuberculose s'améliorer et leur tuberculose et leur asthme ; d'autre part, que certains diathésiques non tuberculeux voient leur diathèse s'extérioriser ou s'exacerber au moment ou à la suite de l'apparition d'une tuberculose ; ou enfin, inversement, que certains tuberculeux, devenus secondairement diathésiques, voient leur tuberculose arrêtée dans son évolution en même temps qu'apparaissent des manifestations diathésiques souvent graves et persistantes.

ROLE DE LA TUBERCULOSE DANS L'ASTHME INFANTILE

Nous n'y ferons qu'une brève allusion.

On peut opposer dans une certaine mesure l'asthme de l'enfant à celui de l'adulte : l'épine irritative pulmonaire est habituellement absente ; la coïncidence d'un état proche de la spasmophilie rend compte de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire fréquemment rencontrée chez ces petits malades et apparente, dans certains cas, la crise d'asthme infantile à un accès de broncho-tétanie (Lesné et Mlle Dreyfus-Sée). Enfin, la sensibilisation spécifique peut être rarement invoquée à son origine, la polysensibilisation est la règle. *Le terrain diathésique inné, transmis héréditairement, semble seul dans la grande majorité des cas régir l'asthme et ses parentés morbides chez l'enfant.* L'hérédité morbide est la notion étiologique dominante et d'après Percepied on trouve dans quatre-vingts pour cent des cas des manifestations diathésiques diverses chez les ascendants et collatéraux des petits asthmatiques. Les désordres digestifs, à prédominance hépatique sont rencontrés avec une grande fréquence, aggravés souvent par des fautes hygiéno-diététiques (sevrage trop rapide, alimentation prématurément et abondamment carnée).

Les petits asthmatiques sont très souvent des « lymphatiques » appartenant à la diathèse exsudative de Czerny qui semble n'être d'ailleurs qu'un « neuro-arthritisme infantile ». La tuberculose ne créerait pas directement le lymphatisme mais pourrait venir se greffer secondairement sur lui pour donner la scrofulose, variété de tuberculose torpide.

L'asthme infantile s'intrique très volontiers avec des dermatoses prurigineuses (prurigo, strophulus, eczéma). Il est fréquent de voir l'eczéma, débutant dans les premiers mois de la vie, disparaître souvent pour faire place à de l'asthme ou pour alterner avec lui.

La disparition spontanée de l'asthme infantile au début de la deuxième décade est une donnée classique mais non constante. Nous avons trouvé, en effet, que huit pour cent environ de nos asthmatiques adultes avaient vu leurs crises débuter avant l'âge de dix ans, que la plupart ont subi une rémission au moment de la puberté pour le voir réapparaître quelques années après. L'aspect de l'asthme se modifie d'ailleurs ; les crises sont moins fortes mais plus fréquentes, plus spasmodiques que catarrhales ; les troubles digestifs se sont estompés pour faire place à d'autres manifestations morbides.

Quant au rôle *direct* de la tuberculose dans l'asthme infantile, il semble de bien peu d'importance. La plupart des pédiatres se basant sur l'absence de signes radiologiques, sur la négativité des cuti-réactions à la tuberculine, concluent à l'absence de rapport entre tuberculose et asthme infantile. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée pensent que les cuti-positives à la tuberculine ne sont pas plus fréquentes chez les enfants asthmatiques que chez les sujets indemnes et que l'épine irritative ganglio-pulmonaire manifestement tuberculeuse est exceptionnelle. Armand-Delille sur soixante petits asthmatiques n'en a trouvé que douze ayant une cuti +, soit vingt pour cent. Il se range à l'avis de Comby et Marfan pour faire de l'asthme infantile une maladie autonome essentielle, constitutionnelle, diathésique, héréditaire, débutant toujours dans la première enfance et n'offrant aucun lien avec la tuberculose. Cependant, pour Pehu, le problème de l'asthme infantile reste posé comme celui de l'adulte. La tuberculose n'agirait pas par les adénopathies mais par les poisons tuberculiniques ou les formes filtrantes du bacille, ces dernières n'éveillant pas l'allergie tuberculinique. L'antagonisme entre asthme infantile et forme mutilante de bacillose se vérifie comme chez l'adulte (Dufourt et Pehu).

Cependant pour d'autres auteurs, les petits asthmatiques présenteraient souvent une sensibilité toute spéciale vis-à-vis de la tuberculine. Alcino-Rongel a observé cinquante pour cent de cuti-réactions positives chez ces petits asthmatiques. Acuna, sur cinquante-neuf enfants asthmatiques, a constaté dix-sept fois une cuti +. Reisman et Mason (de New-York) ont pratiqué des intradermo-réactions à la tuberculine au millième chez des asthmatiques âgés de huit mois à quatorze ans. Sur cent cinquante-huit cas ils ont obtenu soixante et une réactions positives, soit 38,6 %, alors que toutes conditions égales par ailleurs, les enfants non asthmatiques ne réagissent positivement à la tuberculine que dans 16,9 % des cas. Les auteurs envisagent la possibilité dans l'éclosion de l'asthme d'une sensibilisation individuelle aux toxines tuberculeuses et signalent qu'ils ont essayé la tuberculinothérapie avec des résultats encourageants dans trente cas d'asthme rebelle chez ces enfants.

Par ailleurs on relève assez fréquemment dans les antécédents héréditaires de ces petits malades, non seulement l'existence de manifestations diathésiques, mais encore de tuberculose. Caussade et Amsler citent des faits qui laissent penser que la tuberculose, chez les parents, n'est peut-être pas étrangère à la création d'un terrain asthmogène chez l'enfant. Ils signalent que l'asthme de la première enfance peut guérir vers l'âge de dix ans mais parfois se prolonge au delà de la puberté et l'on peut voir dans les deux éventualités le sujet devenir ultérieurement tuberculeux. Ces auteurs citent le cas d'un père tuberculeux donnant naissance à trois enfants qui présentent de l'asthme en bas âge ; au cours de la deuxième enfance, l'asthme disparaît mais par la suite les trois sujets deviennent tuberculeux. Chez un autre malade, un asthme apparu à l'âge de cinq mois persiste jusqu'à vingt et un ans, un pneumothorax institué pour une tuberculose apparue à l'âge de vingt ans améliore et l'asthme et la tuberculose, et, ultérieurement, s'est faite une reprise de l'asthme. Ils signalent encore le cas d'une mère tuberculeuse donnant naissance à un fils qui devient tuberculeux et asthmatique ; le petit-fils présente de l'asthme dans sa première enfance.

Toutes ces données ne nous permettent pas de conclure fermement. Si la tuberculose ne joue pas le rôle direct, déclenchant, fréquent, comme chez l'adulte, néanmoins on peut penser qu'elle est susceptible d'avoir préparé, chez certains enfants asthmatiques descendants de parents tuberculeux, un terrain spécial à la fois favorable à l'asthme et à l'allergie tuberculinique par l'intermédiaire des perturbations générales étudiées précédemment.

***

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

L'asthme tuberculinique représente une des formes étiopathogéniques du syndrome asthmatique les plus réfractaires aux médications habituelles. Des thérapeutiques palliatives ou symptomatiques n'apportent qu'un soulagement éphémère, au prix d'ailleurs d'une aggravation du déséquilibre vago-sympathique et d'une exagération des troubles généraux. Seules peuvent modifier profondément l'organisme tuberculino-intolérant, des méthodes visant l'origine profonde de ces asthmes.

1° *Contre le facteur tuberculinogène* nous disposons de deux armes : la chrysothérapie, la tuberculinothérapie :

a) Les sels d'or.

Ils semblent agir sur le foyer tuberculeux latent ou patent, épine provocatrice et source de sensibilisation.

Technique. — Ils devront être employés sous forme de produits aurosoufrés à doses fractionnées et répétées. Par exemple une bonne technique est d'injecter deux ou trois fois par semaine 0 gr. 02 à 0 gr. 05 de ces sels, par voie intramusculaire ou mieux intraveineuse. On se servira comme solvant d'une solution de sels de calcium à dix pour cent et on associera dans la même séance cinq à dix centimètres cubes d'autohémothérapie. On ne dépassera pas, dans la même série, la dose totale d'un gramme de sels d'or.

Leur mode d'action. — En dehors de leur rôle antichoc que leur accorde l'ion soufré contenu dans leurs molécules et que viennent encore renforcer la médication calcique et l'autohémothérapie, les sels auriques semblent provoquer de légères réactions focales au niveau des foyers tuberculeux qui ne sont pas étrangères à leur action.

D'autre part ils excitent les fonctions du tissu réticulo-endothélial à la manière d'un catalyseur.

Les résultats. — Ils sont satisfaisants dans 80 % des cas (A. Jacquelin). L'amélioration progressive ne se dessine souvent qu'entre la cinquième et la septième injection. Elle est parfois plus tardive.

Ses indications. — La chrysothérapie est surtout indiquée comme médication d'attaque et d'arrêt des crises. Mais son action ne dure que quelques mois. Aussi demande-t-elle à être complétée par un traitement de fond visant la désensibilisation tuberculinique.

b) La tuberculinothérapie est, en effet, le remède de fond de ces tuberculisés intolérants ; elle est efficace à condition d'être instituée à petites doses, mais progressivement croissantes, donc d'être poursuivie longtemps et patiemment.

Son but est de chercher à créer un état d'accoutumance. Elle a été employée avec succès par de nombreux auteurs (Storm, Van Leuwen, Bonnamour et Bouveyron, Lumière, Carrenza, Smarcotton, Epstein, Cevey, Jacquelin, etc.).

Plusieurs voies d'introduction peuvent être employées.

La voie buccale, peu utilisée, nous a donné un bon résultat cependant dans un cas où nous avons employé une dilution d'endotine bacillaire.

La voie épidermique est surtout indiquée lorsqu'on craint de trop grosses réactions par voie sous-cutanée. Elle consiste à recouvrir des scarifications épidermiques soit avec l'émulsion bacillaire à un pour cent détoxinée et stérilisée de Lumière, soit avec la tuberculine brute de Pasteur selon la méthode de Ponndorff.

Les applications seront faites une fois par semaine. L'étendue et le nombre des scarifications augmenteront à chaque application (on commencera par exemple par deux, trois, puis quatre, cinq jusqu'à douze ou quinze stries parallèles de un centimètre de longueur, faites au vaccinostyle au niveau de téguments non antiseptisés.

La voie sous-cutanée est une des meilleures voies d'introduction et on peut employer soit l'antigène méthylique, soit mieux, l'alt-tuberkulin de Koch. Sans aller jusqu'à prescrire des doses infinitésimales d'ordre homœopathique, on doit manier la tuberculine avec prudence. Au début, en effet, elle peut provoquer une recrudescence passagère de l'asthme ou d'autres manifestations morbides qui doivent inciter à la modération dans la progression des doses. On commencera par rechercher par tâtonnement l'état de tolérance du sujet ; on emploiera au début des doses faibles (de un dizième à un milligramme) et au rythme d'une injection hebdomadaire, la progression se fera lentement en n'augmentant pas la dose tant que la précédente n'aura pas été bien supportée.

La tuberculinothérapie n'agit pas seulement sur l'asthme mais sur maintes manifestations diathésiques associées et elle a pu faire cesser des eczémas, des troubles psychiques anxieux ou dépressifs, des arthrites, des migraines, divers syndromes d'instabilité vasomotrice rebelles à tous les autres traitements. Ceci nous conduit à penser que certaines manifestations diathésiques trouveraient leur origine dans une sensibilisation bacillaire, même lorsque ces sujets sont apparemment indemnes de tuberculose et que l'action de la tuberculinothérapie correspond vraiment à une modification spécifique de l'état de toxémie bacillaire, générateur possible de ces manifestations fonctionnelles d'intolérance.

La tuberculinothérapie agit par l'intermédiaire de la lésion locale, amenant à son niveau un remaniement dont l'aboutissant est à la fois une décharge toxinique bacillaire, une mithridatisation entraînant l'accoutumance de l'organisme vis-à-vis d'elle ; elle est d'un secours insignifiant et dangereuse dans les tuberculoses déclarées, évolutives, à prédominance lésionnelle qu'elle peut aggraver en ne faisant qu'accroître l'intoxication et en provoquant des décharges bacillaires susceptibles d'être à l'origine de dissémination. Au contraire, son indication majeure répond au « tuberculinisme des homœopathes », c'est-à-dire à ces variétés de tuberculoses torpides, fonctionnelles, atypiques (Jacquelin) dans lesquelles elle donne des résultats incomparables.

2° *Le facteur diathésique devra également être traité.*

Mais on se souviendra qu'il s'agit de tuberculeux légers et le traitement devra tenir compte de cette notion.

C'est dire qu'on évitera absolument de conseiller à ces malades des régimes draconiens de carence alimentaire lipo-protidique, prônés par certains auteurs, sous le prétexte de désintoxication. Car ces régimes de famine, non seulement n'améliorent en rien l'asthme, mais encore peuvent être le point de départ de troubles de l'état général, d'amaigrissement, et même de reprise active du processus évolutif tuberculeux. On se contentera de leur déconseiller la sédentarité et une suralimentation excessive que le traitement de leur tuberculose pourrait entraîner.

On sera très circonspect et parcimonieux dans l'administration des médications dites « anti-arthritiques » visant l'hyperuricémie ou l'hypercholestérolémie. De même, l'administration parentérale de peptones devra être prudente.

On devra écarter de la thérapeutique les stimulants de la fonction thyroïdienne, tels qu'iode et iodures, et dans toute la mesure du possible les excitants de l'orthosympathique (adrénaline, éphédrine, ortédrine, caféine).

Par contre, on retirera profit de l'administration de calcium et de ses fixateurs biologiques (phosphates, acides, vitamine D, opothérapie parathyroïdienne), d'injections d'extraits spléniques surtout s'il existe des manifestations cutanées exsudatives (eczéma, strophulus, prurit).

Les médications diurétiques, hépatotrophiques (opothérapie hépatique par voie parentérale), cholagogues seront utiles. C'est, en effet, dans ces cas que la médication de drainage, si chère aux homœopathes, trouve sa meilleure indication visant à stimuler la fonction des émonctoires et à faciliter les éliminations morbides. Le soufre, en particulier, nous apparaît comme un des meilleurs agents draineurs de par son rôle hépato-trophique, leucocytogène, oxydant, antitoxique (relève la glutathionémie). C'est le roi des antipsoriques d'Hahnemann favorisant, pour les homœopathes, l'élimination des toxines tuberculeuses. On emploiera soit les hyposulfites de magnésium, soit mieux, les composés organiques non oxydés, qui, donnés par voie buccale, à doses faibles et prolongées, ne nous ont jamais paru avoir le rôle congestionnant qu'on s'acharne à leur imputer.

Une cure thermale prolongée, à Saint-Honoré-les-Bains, peut également être d'un grand secours.

Au total, le drainage des organes éliminateurs (foie, rein, peau) devra toujours précéder et accompagner tout essai de thérapeutique spécifique de désensibilisation tuberculinique.

Enfin dans les cas où la tuberculinothérapie déclenche malgré tout des réactions violentes, celles-ci peuvent être atténuées par la pose et l'entretien d'un cautère, puissant dérivatif cutané.

En somme, tous nos efforts doivent viser à maintenir ces malades en équilibre à l'équateur des deux pôles opposés de la morbidité humaine que constituent d'une part la tuberculose évolutive et d'autre part l'imprégnation diathésique profonde.

BIBLIOGRAPHIE

Aguilar et Smirnof. Rapport de l'asthme et de la tuberculose (*La Semana Medica*, Buenos-Aires, n° 2254, 25 mars 1937).

Ald'huy. Asthme et tuberculose (*Thèse Paris*, 1933).

Angibure. Asthme et tuberculose (*Cambo Médical*, 1934, 8e année, n° 32).

Baar (V.). Asthme et tuberculose (*Wien. Mediz. Wochensc.*, 1935, n° 2).

Bernard (A.). Asthme et tuberculose pulmonaire. Asthme et chrysothérapie (Communication au Ier Congr. Intern. de l'Asthme, Le Mont-Dore, 4-5 juin 1932).

Bezançon et de Jong. Asthme et tuberculose (*Paris Médical*, n° 1, 1er janvier 1921).

Bialokur. L'asthme. Manifestation de tuberculose fruste. Etude des symbioses tuberculeuses (*Zeitschrift für Tuberkulose*, T. XLIX, n° 6, 1928).

Carranza. Asthme et tuberculose (*Wiener Mediz. Wochenseh.*, T. LXXXIV, n° 44, oct. 1934).

Cantonnet (P.). *Traitement curatif de l'asthme* (Un volume, 3e édit., 1937. Maloine).

Carnot. La recherche des antécédents familiaux et l'hérédité morbide. Application à l'hérédo-tuberculose (*Journal des Praticiens*, 22 février 1941).

Caussade (G.) et Amsler (R.). Asthme et tuberculose pulmonaire dissociés dans la descendance. Asthme de la première enfance et tuberculose pulmonaire. Asthme et polypnée caroxystique intriqués chez un tuberculeux pulmonaire (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 17, 17 mai 1935).

— Asthme et tuberculose. Etude des diverses modalités de cette association (*Revue de Méd.*, n° 7, 7 juillet 1935).

— Y a-t-il parfois une liaison entre l'asthme et la tuberculose (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 mai 1936).

Celice (J.). Asthme et tuberculose (*Reforma Medica*, 13 juin 1936, n° 21).

Cornet (A.). Asthme et tuberculose. Essais de tuberculinothérapie dans l'asthme (*Thèse Paris*, 1941, Edit. Arnette).

— La tuberculinothérapie dans l'asthme (*Bulletin Médical*, n° 26, 28 juin 1941).

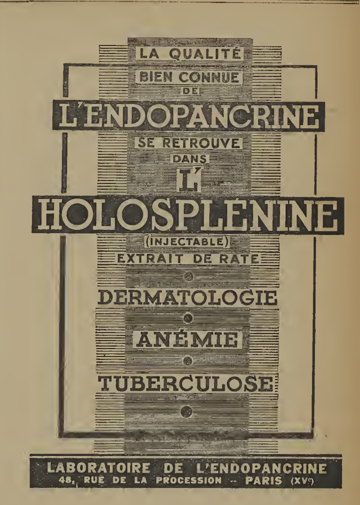
Daniel (J.). Asthme et homœopathie (*Thèse Marseille*, 1936).

Danielopolu (D.). La pathogénie de l'asthme (Rapport au Ier Congr. Intern. de l'Asthme, Le Mont-Dore, 4-5 juin 1932).

Dechaume-Moncharmont (J.). Etude radiologique de l'asthme (*Thèse Paris*, 1939. Edit. Arnette).







BIOFERRINE
COMPRAL
CYRÈNE
DEVEGAN



LACARNOL
PADUTINE
PROLAN
THEOMINAL

" SOPI "

16, rue d'Artois PARIS-VIIIe



DELTHIL (E.). *Asthme. Origine arthritique. Son antagonisme avec la tuberculose* (Un vol. Edit. Maloine, 1917).
DUFOUR (A.). Hérédité et terrain dans la tuberculose (*Le Monde Médical*, n° 865, 1er et 15 juin 1935).
FAVRE (P.). De l'asthme à la tuberculose ou de la tuberculose à l'asthme (*Thèse Paris*, 1940, Expansion scientifique française).
FRAENKEL (E.). Fréquence de la tuberculose chez les asthmatiques (*British Medical Journal*, 15 sept. 1934).
FRANCKEL. Tuberculose et allergie dans les cas d'asthme (*Schw. Mediz. Wochensh.*, 1934, n° 52, p. 1193).
GILLOT (J.). Terrain asthmatique et tuberculose (*Thèse Paris*, 1936. Edit. Arnette).
GIRBAL. L'asthme tuberculeux (*Paris Médical*, n° 17, 27 avril 1935).
HENRY, REISMAN et MASON. Tuberculose et asthme chez l'enfant (*New-York state Journal of Medicine*, T. XXIX, n° 15, 1er août 1929).
HEURTAULT (J.). Le tuberculinisme (*Homœopath. Moderne*, n° 6, 15 mars 1938).
JACQUELIN (A.). *Directives en pratique médicale. Terrain et tendances morbides* (Un vol. Masson, 1935).
— *Les Tuberculoses atypiques* (Un vol. Masson, 1939).
— Sur le type morphologique de résistance à la tuberculose pulmonaire (*Presse Médicale*, 24 sept. 1930).
— L'asthme et les parentés morbides (*La Médecine*, n° 8, mai 1927).
— Les parentés morbides de l'asthme (Rapp. au 1er Congrès Intern. de l'Asthme, Le Mont-Dore, 4 et 5 juin 1932).
— Sur le diagnostic des asthmes tuberculeux (*Clinique et Laboratoire*, 20 mai 1939).
JACQUELIN (A.) et TURIAF (J.). Bronchites éosinophiliques et bronchites puriformes aseptiques. L'eczéma des bronches (*Bull. Méd.*, 7 novembre 1931).
— Asthme et hypersensibilité tuberculinique (*Le Bull. Méd.*, 28 décembre 1935).
JACQUELIN (A.), TURIAF (J.) et BAUDOUIN (A.). Asthme, états diathésiques et tuberculose atténuée. Contribution à l'étude des hypersensibilités tuberculiniques (*La Semaine des Hôp. de Paris*, 15 juillet 1935).
JACQUELIN (A.), TURIAF (J.), BAUDOUIN (A.) et CAUS (R.). Rhino-trachéo-bronchite à répétition et tuberculose atypique (*Presse Médicale*, 13 décembre 1938).
JACQUELIN (A.), JOLY (Fr.) et ALD'HUY (R.). Asthme et tuberculose (*Bull. Médical*, 21 oct. 1933).
JACQUELIN (A.), JOLY (Fr.) et KRAUX (M.). Les asthmes graves et leur problème pathogénique (*Le Monde Médical*, 15 oct. 1936).
JACQUELIN (A.), JOLY (Fr.), BRUNEL (M.) et CAUS (R.). L'asthme et les sels d'or (*Le Monde Médical*, 1er février 1939).
JACQUELIN (A.), CORNET (A.) et VILLANOVA (P.). De quelques incidents de la tuberculinothérapie et de leur signification (*Presse Médicale*, août 1941).
JACQUELIN (A.), VILLANOVA (J.) et BLANCHON. La tuberculose et les bronches (*Bulletin Médical*, n° 26, 28 juin 1941).
MAXWELL (J.). Nouveau rapport du traitement de l'asthme par la tuberculine (*British Medical Journal*, n° 3756, 31 déc. 1932).
MONDAIN et MARTINY. Physiopathologie de l'asthme (*Homœopathie Moderne*, n° 18, 15 nov. 1933).
NOAILLES (Ch.) et FORTIER-BERNOVILLE. Asthme, crise d'élimination toxinique (*Homœopathie Française*, déc. 1925).
PAVIOT (J.). et CROIZAT (R.). Hépatisme et tuberculose (*Journal de Méd. de Lyon*, T. XI, n° 241, janv. 1930).
ROTTÉ (S.). Le Tuberculin-test. Etude critique de sa valeur diagnostique (*Thèse Paris*, 1939. Edit. Vigot).
SERGENT (E.) et KOURILSKY (R.). Asthme, périlobulite et ultra virus tuberculeux (*Presse Médicale*, 5 février 1930).
THOMAS (M.). Asthme et tuberculose (*Thèse Paris*, 1936).
VALIN (J.). Le rôle du terrain dans l'asthme bronchique (*Thèse Lyon*, 1930).
VILLANOVA (P.). Parentés morbides et terrain diathésique de l'asthme (*Thèse Paris*, 1941, Imprimerie Foulon).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 9 MARS 1942

Sur les effets vasculaires de la bufoténine introduite dans la circulation générale. — M. Raymond HAMET.

SÉANCE DU 23 MARS 1942

L'action des poisons sur l'intestin isolé ou « in situ » est différente suivant que le contact est exo ou endo-intestinal. — MM. R. TIFFENEAU et M. BEAUVALLET. — Après introduction par la voie endo-intestinale les poisons inhibiteurs (adrénaline) et stimulants (acétylcholine, pilocarpine) n'ont pas d'action directe sur la musculature. C'est seulement après leur résorption et leur passage dans la circulation générale qu'ils produisent leurs effets ; ceux-ci se manifestent sur le tube digestif mais aussi sur tous les appareils sensibles à ces poisons. Sur l'intestin isolé pas d'action par contact avec la muqueuse mais seulement avec la séreuse.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 14 AVRIL 1942

Notice. — M. RENAULT lit une notice nécrologique sur M. MARFAN.

La récessivité, facteur de gravité. — M. TOURAINE montre, avec de nombreux exemples à l'appui, l'importante mortalité qui s'observe dans les maladies héréditaires récessives. La mort survient souvent soit dans les premiers jours ou les premiers mois de la vie, soit dans l'enfance ou l'adolescence par fragilité organique ou vieillissement prématuré.

Ce grave danger de la récessivité pourrait être considérablement diminué par le carnet de santé ; mais l'organisation nécessaire se heurte on le sait à de grandes difficultés.

Enquête sur le poids et la taille d'un millier d'écoliers parisiens. Baisse sur les moyennes d'avant-guerre. — MM. H. GOUNELLE, A. VALLETTE et MOINE. — Une enquête portant sur 1.075 écoliers parisiens démontre que la croissance staturale et pondérale, critère de l'état de développement des jeunes sujets, se trouve actuellement en baisse. La confrontation avec les tables de croissance des écoliers parisiens établies en 1935 par A.-B. et A. Fessard, J. Laugier et H. Laufer dénote chez les garçons de 5 à 12 ans un déficit d'un centimètre à 5 centimètres et demi, et chez les filles de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Pour le poids, chez les garçons, la moyenne est inférieure d'un kilog. à 2 kilog. 280 à celle d'avant-guerre ; chez les filles, le déficit est moins marqué, se manifeste surtout à partir de 9 ans et peut atteindre 1 kilog. 300.

Parmi les enfants des écoles communales du 13e arrondissement, une baisse dans la croissance pondérale et staturale est donc appréciable. Il s'agit vraisemblablement d'un retentissement des restrictions alimentaires, et ce fait mérite de retenir sérieusement l'attention.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 25 MARS 1942

A propos de trois cas de chondrome. — M. REDON estime qu'il est difficile de se faire une idée du pronostic éloigné mais les trois cas qu'il a opérés sont sans récidive au bout de trois ans.

Volvulus du côlon pelvien avec ulcération diastatique du cæcum. — M. GERMAIN. — M. CADENAT, rapporteur.

Volvulus du côlon transverse. — M. GOUT. — M. CADENAT rapporte cette observation intéressante par la rareté de cette lésion, par la coexistence d'un ulcère gastrique.

BOLDINE HOUDÉ

Remplace avantageusement
toutes les préparations de Boldo

LABORATOIRES HOUDÉ, 9, RUE DIEU, PARIS (10e)

Un cas de dysembryome médio-médiastinal. — M. Robert Monod.

Kystes dermoïdes du médiastin. — M. Maurer en a observé sept cas ; il montre les difficultés du diagnostic de ces tumeurs ; il faut recourir au pneumothorax et à la pleuroscopie pour les mettre en évidence.

M. Robert Monod insiste sur le fait que ces tumeurs sont assez souvent le siège d'infection secondaire.

Vacances de Pâques. — L'Académie ne se réunira plus avant le 22 avril.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 février 1942

La physiopathologie du diabète insipide humain doit être conçue en fonction de la soif beaucoup plus que de la polyurie. — MM. R. et S. Kourilsky, H. Laudat et J. Ryaud arrivent à des conclusions tirées de l'étude physiopathologique d'un cas clinique. Le diabète insipide se comporte comme un sujet normal qui tout simplement boirait trop.

Or, dans l'observation actuelle, la précession de la soif était incontestable et la question se pose de savoir si le diabète insipide ne serait pas dû à un dérèglement pathologique de la soif, beaucoup plus qu'à une polyurie : le trait caractéristique de tous ces cas de diabète insipide est l'impossibilité pour le sujet de supporter la restriction des boissons.

Cette conception nouvelle se heurte aux faits bien établis de polyurie hypophysaire et les auteurs pensent que le trait dominant de la physiopathologie du diabète insipide pourrait bien être la soif plutôt que la polyurie.

Diagnostic de la petite vérole. — M. J. Comby rappelle le rôle qu'il a joué avec son interne, Ernest Dupré, au Pavillon *provisoire* de varioleux, à l'*Hôpital Saint-Louis*, dans des baraques sommaires, il y a cinquante-six ans. Pas de boxes, isolement insuffisant qui rendait les erreurs de diagnostic souvent mortelles. Cas rare de confusion avec la rubéole : externe d'un service des Enfants-Malades, Mlle W.., jeune Russe de vingt et un ans adressée par son chef pour *variole confluente ;* erreur de *varicelle* prise pour *variole*. Cas mortel chez un nourrisson non vacciné. En 1728 Louis XV, âgé de dix-huit ans, est pris, à Fontainebleau, d'une fièvre éruptive déclarée aussitôt *petite vérole*. Défervescence et dessiccation se jugent en peu de jours. En 1774, il a quarante-six ans de plus ; il est à Trianon. Le 27 avril il commence à souffrir de céphalalgie et de rachialgie que rien ne calme. Transporté à Versailles il ne présente les pustules d'une variole confluente que le *cinquième jour ;* alors toute la cour fuit ; ne restent que les visages grêlés et les trois filles du roi qui, bien que n'ayant pas eu la variole, ont voulu rester auprès de leur père jusqu'à sa mort retardée jusqu'au 10 mai.

Donc Louis XV n'a pas eu deux fois la variole : *varicelle* en 1728, *variole* en 1774.

CHRONIQUE

TROIS LEÇONS INAUGURALES

Leçon inaugurale du Professeur Jean Quénu

Un très nombreux auditoire se pressait le 10 mars pour écouter la leçon du Professeur Jean Quénu, inaugurant son cours de Pathologie externe. Après l'introduction d'usage faite par M. le Doyen, le nouveau professeur commence par exprimer sa gratitude aux membres du Conseil de la Faculté. Puis bien que « le moi soit haïssable », il retrace rapidement les étapes de sa carrière ; dès l'enfance il participait involontairement ou non à la vie chirurgicale intensément laborieuse d'Edouard Quénu, et cette ambiance le dirigea sans qu'il s'en rendit compte vers le choix de la même carrière. Aux maîtres et aux amis qui le guidèrent, M. J. Quénu adresse ses remerciements émus. Et il évoque avec émotion deux grandes figures chirurgicales, celles de F. Lejars et de P. Duval dont il revêtait la robe professorale qui fut auparavant celle d'Edouard Quénu.

Se tournant ensuite vers l'avenir, M. J. Quénu montre la place que doit occuper dans la vie de tout étudiant en médecine, l'étude de la Pathologie externe ; si l'enseignement officiel de celle-ci n'est fait qu'en 4e année, c'est dès le premier stage que, sans toujours comprendre parfaitement, l'étudiant doit ingérer « comme son pain quotidien » les notions de pathologie chirurgicale que peut lui apporter chaque cas vu à l'hôpital. Ce n'est que plus tard, à la lumière de l'expérience vécue, qu'il en comprendra toutes les finesses et toutes les difficultés. La connaissance approfondie de la pathologie est indispensable à l'exercice de notre art ; l'acte chirurgical ne peut être judicieux que s'il repose sur des connaissances théoriques très solides. Et dans une péroraison fort applaudie, M. J. Quénu montre la grandeur d'une carrière dans laquelle science et habileté technique sont mises avec charité au service de l'homme, matière vivante... P. L.

Leçon inaugurale du Professeur Portes

Le 17 mars, ce fut M. le Professeur Portes qui, devant une très brillante assistance, fit une leçon inaugurale en tous points remarquable.

En des termes heureux, le nouveau professeur rappela le souvenir de ses maîtres : Mosny, Pozzi, Lardennois, Proust, puis il remercia le Professeur Couvelaire auquel il exprima son admiration très vive et son profond attachement.

On ne saurait résumer en quelques lignes le magistral réquisitoire fréquemment coupé d'applaudissements qu'il dressa ensuite contre l'avortement. Formellement condamné par le serment d'Hippocrate, bien que la plupart des civilisations antiques l'aient admis dans la mesure où il ne lésait pas la cité ou la famille, il est assimilé au meurtre d'un innocent et condamné par la loi depuis que le christianisme a su développer et répandre « le respect pour ainsi dire religieux que nous portons à l'œuf humain ».

Si l'avortement est toujours illégitime moralement, on ne saurait affirmer qu'il soit légitime médicalement ; en matière d'avortement thérapeutique, la bonne foi repose sur des impressions plus que sur des certitudes cliniques ; « il n'est pas d'indication absolue, toutes les indications sont relatives ». Le terrain de l'avortement thérapeutique se réduit d'ailleurs chaque jour grâce aux progrès de la technique et de la thérapeutique.

La tuberculose, les néphrites, les cardiopathies précocement et correctement traitées permettent bien souvent à une grossesse d'évoluer jusqu'au terme. Dans les cas graves où l'avortement paraît s'imposer, il reste à savoir si le sacrifice du fœtus est compensé par une survie réelle de la mère...

« Si, conclut le Professeur Portes, nous pouvions dire de l'avortement thérapeutique qu'il a vécu, nous aurions arraché à notre art son dernier stigmate de barbarie. »

M. L. S.

Leçon inaugurale du Professeur Cathala

Le 25 mars, M. le Professeur Cathala prenait possession de la Chaire d'hygiène et clinique de la première enfance, qui, sur son insistance, passe des Enfants Assistés à l'hôpital Trousseau. Dans sa magnifique leçon inaugurale, M. Cathala esquissa d'abord une magistrale étude du médecin et de ses responsabilités.

Puis c'est le rapide portrait de ses maîtres : d'abord ceux de la Faculté de Bordeaux ; puis, à Paris, Louis Fournier, Félix Ramond, Courtois-Suffit, et surtout Netter, qui savait tout et ne se trompait jamais, et chez lequel il eut la bonne fortune de trouver à la Crèche Ribadeau-Dumas, Castaigne ce grand enseigneur, N. Fiessinger, Lereboullet qui soigne avec sa science et son cœur, Garnier au jugement sain et une parfaite soumission aux faits, Tessier un seigneur de la médecine, chez lequel il trouva Charles Foix, grand esprit qui voyait neuf avec lequel il se lia d'amitié, enfin Jules Renault qui réalise l'équilibre du bon sens et de la sagesse. Plus tard il devint l'agrégé de M. Nobécourt, qui lui ouvre largement son service.

Abordant alors son sujet, le Professeur Cathala montre que toute une pathologie des nourrissons a été créée parce qu'on s'est écarté de l'état de nature et est « la conséquence des conditions d'élevage qui leur sont faites ». Les neuf dixièmes des maladies du nourrisson sont des maladies évitables par l'hygiène infantile. Celle-ci a deux versants : la Puériculture qui est surtout la codification des usages, le résultat de l'expérience, et la Pédiatrie qui consiste en l'étude scientifique des affections.

Il brosse à grands traits l'évolution de la Pédiatrie : c'est Parrot, le premier titulaire de la chaire en 1879, qui décrit l'athrepsie sans en voir l'origine, puis l'ère pastorienne qui montre le rôle de l'infection intestinale dans sa genèse — d'où l'importance du « bon lait » (Dufour, Budois, Variot) — et, dans ces dernières années, le rôle des infections parentérales (rhino-pharyngites, otites) dans l'athrepsie et les diarrhées cholériformes.

Mais à côté de cette pathologie infectieuse il faut faire la place à la Nutrition, aux carences physiologiques qui jouent un rôle capital dans la diététique infantile. Toute la Pédiatrie contemporaine est remplie de physiologie et de biochimie. Le médecin est appelé à manier des médicaments à puissance inquiétante. La Pédiatrie moderne se fait de plus en plus redoutable. Mais nous sommes « embarqués » (Pascal). Il faut rester fidèles aux traditions de nos maîtres et sauver l'espoir de notre race.

Je renonce à décrire l'accueil fait à ces pages toutes de finesse, d'élégance, de haute sagesse et de grande expérience.

M. L.

TUBERCULOSES COURANTES
OKAMINE SIMPLE
AMPOULES ET DRAGÉES
(Formule n° 2)
du Docteur HERVOUËT

TUBERCULOSES GRAVES OU REBELLES
OKAMINE CYSTÉINÉE
AMPOULES
(Formule n° 3)
du Docteur HERVOUËT

OKAMINE
P. BUGEARD, Pharm.
13, RUE PAVÉE - 4e

Ordre des Médecins

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

Communiqué du 8 avril 1942

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins est prié de communiquer aux médecins la note suivante :

Ordonnance du 5 février 1942
concernant le traitement médical des personnes appartenant à l'Armée Allemande

En vertu des pleins pouvoirs qui m'ont été conférés par le Führer und Oberster Befehlshaber der Wehrmacht, j'ordonne ce qui suit :

§ 1

(1) Il est interdit aux personnes dont la profession est de soigner les malades (médecins, dentistes, médecins naturistes, infirmiers, infirmières, sages-femmes, etc.) et qui ne sont pas affectés au service de l'armée allemande, de soigner les personnes appartenant à l'armée allemande (militaires et fonctionnaires de l'Armée), ainsi que les personnes appartenant à la suite de l'armée et possédant la nationalité allemande.

(2) Il ne leur est pas défendu :

a) De donner les premiers soins médicaux dans les cas d'urgence ;

b) D'appliquer le traitement en vertu d'une autorisation écrite, délivrée par un officier de santé allemand.

§ 2

Celui qui contreviendra à l'interdiction formulée au § 1 sera puni d'emprisonnement et d'amende ou de l'une de ces peines.

§ 3

La présente Ordonnance entre en vigueur dès sa publication.

Der Militärbefehlshaber in Frankreich.
LE CONSEIL DE L'ORDRE.

Communiqués

Le Conseil départemental de la Seine invite les médecins soignant des ressortissants de la Caisse-Maladie allemande, à porter exactement sur les *ordonnances* qu'ils peuvent être amenés à délivrer, les renseignements suivants :

1° Caisse-Maladie allemande ;

2° Nom, prénoms et adresse de l'assuré ;

3° Numéro matricule (ou à défaut date et lieu de naissance).

Lorsqu'il s'agit d'assurés sociaux employés par l'Administration allemande et qui sont victimes d'accidents du travail, l'ordonnance doit porter au lieu de la mention Caisse-Maladie allemande l'adresse de la formation allemande qui l'employait au moment où l'accident est survenu.

Grâce à ces indications, les ordonnances pourront être réglées aux pharmaciens sans perte de temps.

La *Commission Régionale de l'Ordre des Médecins de la Région sanitaire de Paris* et le *Comité de Coordination des Conseils de l'Ordre des Médecins de la Région Parisienne* se sont réunis le 22 mars 1942.

L'objet principal de la réunion était la discussion de la Convention qui doit intervenir entre les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins et l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la région parisienne pour régler les rapports de ces deux organismes et permettre en particulier le fonctionnement du *contrôle technique*, fonctionnement resté en suspens depuis la dissolution des syndicats médicaux. L'Union des Caisses n'ayant pas accepté de reconduire purement et simplement les Conventions qu'elles avaient signées avec les syndicats médicaux défunts, un nouveau projet de Convention avait été établi le 26 février par une Commission paritaire composée de représentants des deux parties. Dans sa réunion du 22 mars, le Comité de Coordination a modifié assez sensiblement le projet de la Commission paritaire et a notamment refusé de prendre des engagements précis au sujet de la fixation des honoraires minima par les Conseils de l'Ordre. Le projet de Convention ainsi modifié devra être soumis à nouveau à la Commission paritaire.

La seconde question importante de l'ordre du jour, était celle des *tarifs d'Assistance Médicale gratuite* dans les trois départements, question d'autant plus importante que celle des tarifs dans les consultations externes des hôpitaux lui est étroitement liée.

Il est déjà acquis que les tarifs d'A. M. G. dans les communes de banlieue de la Seine sont relevés respectivement à 20 francs la consultation et 30 francs la visite. En Seine-et-Oise, les nouveaux tarifs non encore acceptés par les autorités supérieures, paraissent devoir être ceux de la Seine, diminués de 10 p. 100 (soit 18 francs la consultation, et 27 francs la visite). Pour la Seine-et-Marne, l'abattement serait de 20 p. 100, ce qui porterait le prix de la consultation à 16 francs, et celui de la visite à 24 francs. Le prix du kilomètre parcouru serait fixé à 2 fr.

En ce qui concerne les consultations externes données aux Assurés sociaux dans les hôpitaux de Seine-et-Oise, le Comité de Coordination et la Commission Régionale, après un exposé des différentes tendances, ont finalement pris la décision de proposer à l'Union hospitalière de Seine-et-Oise les mêmes tarifs que pour l'A. M. G., soit : consultation : 18 francs ; chiffre-clé pour les interventions de pratique médicale courante : C : 18 francs ; chiffre-clé pour les actes de spécialités et de radiologie : K : 15 francs. Il a été de plus proposé que les Assurés sociaux ne pourraient être acceptés aux consultations externes que sur le vu d'une lettre de leur médecin et paieraient directement la totalité de l'acte médical, à l'exclusion de tout système de tiers payant.

La *médecine d'Usine* a fait l'objet d'un intéressant exposé du Dr Barthé, représentant du Conseil Supérieur auprès de la Commission Régionale. De cet exposé il résulte qu'on s'oriente de plus en plus vers une médecine d'Usine dont la médecine de soins serait totalement exclue. Les industriels qui antérieurement de la loi actuelle faisaient donner des soins à leurs ouvriers par les médecins d'Usines, devraient progressivement cesser de le faire dans un délai de un ou deux ans.

Enfin le Comité de Coordination et la Commission Régionale dont l'ordre du jour était très chargé ont discuté de nombreuses questions, parmi lesquelles celles des dispensaires de soins, des vaccinations antitétanique et antidiphtérique associées, des Assurances sociales agricoles, et de la Convention à intervenir entre l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la Région parisienne et le Comité d'Organisation des Maisons de Santé privées pour l'hospitalisation des assurés dans les Maisons de Santé. Avec satisfaction le Comité de Coordination a pris bonne note de ce fait que désormais l'indication du quantum des honoraires n'a plus à être porté sur les feuilles de maladies des Assurés sociaux.

LIVRES NOUVEAUX

Les légumes de France, leur histoire, leurs usages alimentaires, leurs vertus thérapeutiques, par le Dr Henri LECLERC, troisième édition revue et corrigée. Un vol. in-8° de 317 pages. Amédée Legrand et Jean Bertrand, éditeurs, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1942.

Les éditions précédentes du volume de M. Leclerc avaient connu le succès que mérite l'œuvre consciencieuse d'un savant dont les travaux de phytodiététique sont universellement connus et estimés.

Pendant ce triste hiver 1941-1942, la troisième édition sera accueillie comme un livre de grande actualité.

En lisant le beau livre de M. Leclerc on mesure, certes, tout ce que nous avons perdu, mais on éprouve un véritable réconfort en se rappelant tout ce que peut produire notre terre de France, tout ce qu'elle produira bientôt pour notre relèvement.

Le livre de M. Leclerc n'est pas seulement réconfortant, il est hautement instructif. L'auteur expose toutes les acquisitions les plus récentes, relatives à la composition chimique des végétaux, à leur teneur en minéraux et en vitamines. Enfin, il rappelle à chaque pas les vertus thérapeutiques des légumes de France.

Avec infiniment d'esprit et une érudition qui n'est jamais en défaut, il émaille son enseignement de détails historiques et d'agréables anecdotes.

Les femmes de médecins liront, à coup sûr, cet excellent volume, elles ne manqueront pas de remarquer certaines recettes adaptées aux circonstances présentes. Enfin, les amateurs de belles éditions goûteront la présentation élégante que MM. Legrand et Bertrand ont su donner aux « Légumes de France ».

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

EN 28 MOTS : CORYDRANE, acétylsalicylate de noréphédrane, est tonique, décongestif, analgésique, antipyrétique, sans troubles neurocardiaques. Dans les courbatures fébriles, grippes, algies, asthénies, prescrivez plutôt un comprimé de CORYDRANE®: l'aspirine qui remonte.

UNION CHIMIQUE ET BIOLOGIQUE
5 et 7, Rue Claude-Decaen - Paris-12e

de Champrosay
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 39, Boulevard de Latour-Maubourg — PARIS-VIIe

AMPOULES DE
2 centic.
5 centic.
10 centic.

CALCIUM
POUR INJECTIONS ENDOVEINEUSES
ET INTRAMUSCULAIRES INDOLORES
CORBIÈRE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %

LABORATOIRE CORBIÈRE, 27, RUE DESRENAUDES - PARIS

PROGRÈS Alu-Sulfamide pyridique PROGRÈS

LYSAPYRINE

402 M.
Alu-tri (paraaminophénylsulfamidopyridine)

ADMIS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Guérison de la BLENNORRAGIE en 3 jours
par voie buccale — Excellente tolérance.
AUTRES INDICATIONS : Pneumonie — Méningite cérébro-spinale — Fièvre Puerpérale — Streptococcies.
APPLICATIONS EXTERNES - Traitement des Plaies - Dermatoses - Pyodermites - Ulcères

POSOLOGIE
Comprimés: 6 à 8 comprimés par jour, un comprimé toutes les heures.
Ampoules : 1 à 3 ampoules intramusculaires par jour.
Poudre — Pommade — Solution Hydro-Alcoolique.

Littérature Éts MOUNEYRAT, 12, r. du Chemin-Vert, Villeneuve-la-Garenne (Seine)

TRINITRINE
ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVI°

Granules CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

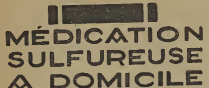
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.

Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine " Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.



RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, ENROUEMENTS, MALADIES du NEZ GORGE & BRONCHES MALADIES DE LA PEAU ETC.



EN BOISSON
Une mesure pour 1 verre d'eau sulfureuse.
Échantillon sur demande.

EN BAINS
1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS
1 à 2 compr. par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, RUE DE BOULAINVILLIERS, PARIS

DERMATOSES-HYPERTENSION
4 à 8 pil. glutin. par jour
2 à 3 I. V. par semaine

HYPOSULFÈNE



Laboratoires TORAUDE
22, rue de la Sorbonne, PARIS
2, rue du Pensionnat, LYON

BACTERAMIDE

CHIMIOTHÉRAPIE SULFAMIDÉE POLYVALENTE
THÉRAPEUTIQUE PUISSAMMENT ACTIVE, FIDÈLE, ATOXIQUE
DES INFECTIONS BACTÉRIENNES PROVOQUÉES PAR :

STREPTOCOQUES, MÉNINGOCOQUES, COLIBACILLES
PNEUMOCOQUES, GONOCOQUES

PRÉSENTATION :
Tubes de 20 comprimés dosés à 0 g. 50 de Para-Amino-Phényl-Sulfamide

COMPRIMÉS ALCALINISÉS, TRÈS RAPIDEMENT DÉLITABLES
ADMIRABLEMENT TOLÉRÉS PAR L'ESTOMAC ET L'ORGANISME

Littérature et échantillons : Laboratoires A. BAILLY, 15, rue de Rome — PARIS 8e

N° 21. — 2 MAI 1942 115e ANNEE Ce numéro : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies. 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — PREMIER CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX 1942. — Tirage au sort du Jury dans l'ordre du tirage. *Médecins :* MM. les docteurs : Monier-Vinard, Nicaud, Richet, Coste, Jacob, Janet, Laederich, Chabrol, Brulé, Marchal. *Chirurgien :* M. le docteur Brocq.

CONCOURS D'ATTACHÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — Jury : MM. Truchot, Lepennetier, Darbois, Lomon, Dariaux, Thoyer-Rozat, Gilson.

Hôpitaux de Province. — UN CONCOURS pour cinq places de chirurgien des hôpitaux de Quimper, Morlaix, Saint-Brieuc et Lorient sera ouvert le mercredi 10 juin 1942, à 9 heures, dans la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (2e étage), Paris (4e).

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir devront se faire inscrire, au besoin par lettre recommandée, du lundi 11 mai au samedi 23 mai 1942 inclusivement, de 10 heures à midi et de 15 heures à 17 heures (dimanches et fêtes exceptés), en déposant leurs pièces à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 8, rue du Docteur-Regnault, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

— UN CONCOURS pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Rennes sera ouvert le mardi 16 juin 1942, à 9 heures, dans la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (2e étage), Paris (4e).

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir devront se faire inscrire, au besoin par lettre recommandée, du vendredi 15 mai au samedi 30 mai 1942, inclusivement, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures (dimanches et fêtes exceptés), en déposant leurs pièces à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 8, rue du Docteur-Regnault, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

Faculté de Médecine de Paris. — LEÇONS INAUGURALES. — M. Donzelot, professeur de clinique cardiologique, fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté, le lundi 4 mai, à 18 heures.

M. Pierre Brocq, professeur de clinique thérapeutique chirurgicale, fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté, le mardi 12 mai, à 18 heures.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Castagnou, agrégé, est chargé provisoirement de l'enseignement de la chimie minérale et de la chimie analytique.

M. Mesnard, agrégé, est chargé de l'enseignement de la pharmacie galénique.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Creyssel, agrégé, est chargé provisoirement, à dater du 1er mars 1942, du service de la chaire de chirurgie de la Faculté de Médecine.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Bounhoure est chargé de la suppléance de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques pendant la durée du congé de M. le professeur Nanta.

Ecole de Caen. — M. le professeur Porin (médecine expérimentale) est nommé professeur de pathologie interne en remplacement de M. Collin, décédé.

M. Jean Olivier, suppléant des chaires de clinique médicale et pathologie interne, est chargé du service de la chaire de médecine expérimentale.

Ecole de Médecine de Reims. — Mlle Mathilde Mottez est chargée provisoirement du service de la Chaire de physique médicale.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Par décret en date du 18 avril 1942, inséré au *Journal Officiel* du 19 avril, M. le docteur Grasset est nommé secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé en remplacement de M. le docteur Serge Huard.

— Par arrêté en date du 20 avril, le docteur Aublant, secrétaire général de la Santé, a reçu délégation permanente à l'effet de signer au nom du Secrétaire d'Etat tous actes, arrêtés ou décisions à l'exclusion des décrets.

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Aumont, médecin inspecteur adjoint de la santé de l'Aveyron, est affecté, en la même qualité, dans le département de Lot-et-Garonne.

— L'arrêté du 16 octobre 1941 nommant Mme le Dr Morel-Latil médecin inspecteur adjoint de Vaucluse, médecin inspecteur adjoint de la santé du Rhône, est rapporté.

— Mlle le Dr Liégeois, médecin inspecteur adjoint de la santé du Puy-de-Dôme, a été nommée médecin inspecteur adjoint de la santé du Nord.

— M. le Dr Jacques, médecin inspecteur adjoint de la santé des Hautes-Alpes, a été nommé médecin inspecteur adjoint de la santé des Bouches-du-Rhône.

— M. le Dr Fraissinet, médecin inspecteur adjoint de la santé des Alpes-Maritimes, a été mis en disponibilité, pour convenances personnelles, à compter du 16 février 1942. (*J. O.*, 27 février 1942.)

— M. le Dr Deschamps, médecin inspecteur de la santé des Hautes-Alpes, non installé, a été nommé médecin inspecteur de la santé du Loiret.

— M. le Dr Dubas, médecin inspecteur adjoint de la santé, chargé des fonctions de médecin inspecteur de la santé du Loiret, est nommé médecin inspecteur de la santé des HautesAlpes. (*J. O.*, 6 mars 1942.)

— Ont été déclarés aptes au grade de médecin inspecteur de la santé, pour l'année 1942, les médecins inspecteurs adjoints de la santé dont les noms suivent :

MM. les Docteurs : Alaroze, des Deux-Sèvres ; Altenbach, de Seine-et-Oise ; Ameur, des Côtes-du-Nord ; Bouchet, de l'Hérault ; Mme Claveau, du Rhône ; MM. Dainville de La Tournelle, d'Eure-et-Loir ; Dubas, du Loiret ; Freyche, de la Gironde ; Gibelin, de la Vendée ; Giraud, de l'Hérault ; Gresy, de l'Aisne ; Julié, de la Gironde ; Lavoine, des Basses-Pyrénées ; Maret, des Vosges ; Montagnol, du Loiret ; Mme Morel-Latil, de Vaucluse ; Mlle Mouton-Chapat, de Meurthe-et-Moselle ; MM. Paimblant, de l'Aude ; Porte, de Saône-et-Loire ; Renard, de Seine-et-Oise ; Rouchon, des Hautes-Pyrénées ; Susini, de l'Allier ; Vernus, de Saône-et-Loire ; Wolff, de la Meuse.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES. — A été promu à l'honorariat de son grade M. le doyen Lépine, médecin chef du service à l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier, à Lyon, admis à faire valoir ses droits à la retraite par arrêté du 17 février 1942. (*J. O.*, 17 avril.)

— UN CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DE SEPT MÉDECINS du cadre général des hôpitaux psychiatriques s'ouvrira le 22 juin 1942. La clôture des inscriptions a été fixée au 1er juin 1942. Elles sont reçues au Secrétariat d'Etat (personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, pour la zone occupée et à l'Hôtel Radio, à Vichy, pour la zone non occupée.

SANATORIUMS PUBLICS. — Le *Journal Officiel* du 17 avril a publié un décret relatif au jury du concours de médecins adjoints des sanatoriums publics (tuberculose pulmonaire).

Secrétariat d'Etat à l'Education Nationale et à la Jeunesse. — Un décret en date du 15 avril 1942 (*J. O.*, 18 avril) est relatif aux traitements, classes et modalités de logement des médecins

LENIFEDRINE

Solution Aqueuse

NON CAUSTIQUE

ÉCHANTILLONS : 26, RUE PÉTRELLE, PARIS (9e)

des centres de formation des cadres du Secrétariat d'Etat à l'Education et à la Jeunesse (Commissariat général à l'Education générale et aux Sports).

Les traitements, suivant la classe, s'échelonnent de 50.000 à 65.000 francs pour les médecins du Centre National ; de 42.000 à 50.000 pour ceux des centres régionaux ; de 30 à 39.000 pour les médecins adjoints des centres régionaux. Les médecins peuvent être logés dans les locaux de leur centre moyennant une retenue de 10 % sur leurs émoluments nets.

— Un décret, en date du 17 avril 1942, approuve la création à l'Université d'Alger d'un *Institut de criminologie de l'Afrique du Nord.* Cet institut relèvera pour son activité scientifique de la Faculté de Droit et de la Faculté de Médecine d'Alger.

Secrétariat général des anciens Combattants. — Un arrêté en date du 11 mars (*J. O.*, 1er avril, p. 1256), fixe les *indemnités de déplacement des médecins* à 2 francs le kilomètre en plaine et à 2 fr. 25 en montagne. A chaque visite, le médecin doit écrire lisiblement au recto du bulletin de visite, extrait du carnet à souches de bons médicaux et pharmaceutiques le nombre de kilomètres effectivement parcourus.

Marine. — Un concours pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine est ouvert, en 1942, aux étudiants en médecine titulaires de quatre, huit ou douze inscriptions et aux étudiants en pharmacie justifiant d'une année de stage ou titulaires de quatre ou huit inscriptions.

Le nombre des candidats à admettre, le programme et les conditions d'admission à ce concours sont précisés dans une instruction ministérielle qui peut être consultée dans les préfectures, facultés et écoles de médecine et de pharmacie et dans les services de santé de la marine.

Les épreuves écrites auront lieu les 20, 21 et 22 juillet 1942 :

En zone occupée : à Paris, 3, avenue Octave-Gréard (7e).

En zone non occupée : à Montpellier, école de santé navale, cité universitaire ; à Toulon, hôpital maritime Sainte-Anne ; à Alger, amirauté.

Les épreuves d'admission auront lieu :

En zone occupée : à Bordeaux, Faculté de Médecine ;

En zone non occupée : à Toulon, hôpital maritime Sainte-Anne,

à des dates qui seront indiquées lors de la publication au *Journal Officiel* de la liste d'admissibilité (approximativement entre le 1er et le 20 septembre).

La date limite d'inscription est fixée au 10 juillet. Les dossiers devront être adressés avant cette date à la direction centrale du service de santé, Secrétariat d'Etat à la Marine, à Vichy, pour la zone non occupée ; à M. le médecin principal Barbin, 3, avenue Octave-Gréard, à Paris, pour la zone occupée.
(*J. O.*, 20 avril 1942.)

Médecins inspecteurs généraux du travail. — Par arrêté en date du 9 mars 1942, MM. les docteurs Gros (André-Jean), Eck (Marcel-Henri-Gabriel), Menetrier (Jacques-Adolphe-Xavier), ont été nommés médecins inspecteurs généraux du travail. (*J. O.*, 17 avril 1942.)

Interdiction d'exercer. — Le *Journal Officiel* du 21 avril publie une nouvelle liste d'une soixantaine de noms de praticiens, d'origine étrangère, auxquels est interdit définitivement l'exercice de la profession.

Les laboratoires de contrôle des médicaments antivénériens. — Une loi n° 420, du 1er avril 1942, parue au *Journal Officiel* du 19 avril, porte organisation des laboratoires de contrôle des médicaments antivénériens. A dater du 1er janvier 1942 ces laboratoires sont rattachés au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. Ces laboratoires demeureront placés sous le contrôle scientifique de l'Académie de Médecine. Le personnel des laboratoires est ainsi fixé : un directeur, deux directeurs de laboratoire (dont un pharmacien), deux assistants, un secrétaire comptable et deux aides techniques, plus un personnel auxiliaire.

Assurés sociaux. — La loi n° 441 du 2 avril 1942 fixe les conditions dans lesquelles des soins peuvent être dispensés aux assurés sociaux dans des établissements de soins.
(*J. O.*, 19 avril 1942.)

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier :* M. le médecin sous-lieutenant Tixier (André-Louis) du 20e R. T. T., croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 12 avril 1942.)

INTÉRIEUR. — *Chevalier à titre posthume :* M. Cornilleau (Robert-Paul-Félix), médecin de colonisation : a donné les preuves d'un dévouement absolu et d'une abnégation élevée jusqu'à l'héroïsme dans l'exercice de sa profession et est décédé des suites du typhus contracté au chevet de ses malades. (*J. O.*, 21 avril 1942.)

Citation à titre posthume, à l'ordre de l'Armée de Mer. — « Après l'évacuation de son hôpital d'Hénin-Liétard, le docteur Juste Colle, âgé de 65 ans, chirurgien requis des Mines de Dourges, a cherché à rejoindre Dunkerque, pour offrir ses services à l'hôpital Villette. Dès son arrivée, a fourni d'utiles renseignements sur le secteur qu'il venait de traverser. Le même jour, a accompli une mission de reconnaissance dans la région de Béthune. Le lendemain, 24 mai, a trouvé la mort au cours d'un bombardement aérien à Malo-les-Bains. »

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille de vermeil.* — M. Gillot, chef de clinique à l'hôpital civil d'Alger. (*J. O.*, 26 mars 1942.)

Médaille d'argent : MM. les médecins lieutenant Dassonville (11e région), et Simonel (Maroc).

Médaille de bronze : M. le médecin auxiliaire Davane (région de Paris).

Cures thermales et climatiques. — Le Centre d'Information pour cures thermales et climatiques, 117, avenue des Champs-Elysées, Paris, informe le public que ses bureaux sont ouverts sans interruption de 10 heures à 16 heures, sauf samedis, dimanches et fêtes, uniquement à la réception des demandes de laissez-passer pour cures thermales des « malades domiciliés dans le département de la Seine » et présentant à l'appui de leur demande :

1° Un certificat médical administratif légalisé par le commissaire de police, et

2° Un certificat médical descriptif.

Ils devront, en outre, être porteurs de leur carte d'identité, établie à une date postérieure au 1er octobre 1940 ou validée depuis cette date, et auront à verser, cinq jours à l'avance, au compte chèques postaux n° 3431.84 (Service des laissez-passer), un cautionnement de deux mille francs qui leur sera remboursé après accomplissement de leur cure.

Les malades domiciliés en Seine-et-Oise et en Seine-et-Marne et qui sont dans l'obligation d'effectuer une cure thermale en zone non occupée, auront, comme par le passé, à faire leur demande auprès des préfectures de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne, en joignant à leur demande les deux certificats médicaux visés par les médecins délégués du Conseil de l'Ordre de leur département.

Comité d'organisation des maisons de santé privées. — Nous pensons devoir rappeler qu'en application de la loi du 16 août 1940 instituant les Comités d'Organisation et du décret du 29 novembre 1941, créant un Comité d'Organisation des maisons de santé privées, tous les établissements de cures privées « c'est-à-dire fondés et fonctionnant en tout ou partie à l'aide de capitaux privés et gérés par une administration privée *hospitalisant* notamment des malades, des convalescents, des femmes enceintes ou accouchées, des nouveau-nés, des vieillards, des enfants arriérés » doivent obligatoirement se faire inscrire à ce Comité.

Les établissements de soins privés qui ne se seraient pas encore fait inscrire sont, en conséquence, priés d'envoyer leur nom et leur adresse au Comité d'Organisation, 66, rue de la Chaussée-d'Antin, à Paris (9e).

Ravitaillement des familles médicales. — A la suite d'une démarche de *Médecine et Famille*, le Secours National vient de décider que les familles nombreuses pourront obtenir désormais des bocaux pour les conserves de légumes au même titre que les titulaires de la carte de jardinage. Des bons d'autorisation d'achat seront donc délivrés par les gérants des centres d'autoclavage. Les bocaux seront vendus par l'intermédiaire du commerce local. Tous renseignements seront donnés par *Médecine et Famille*, aux chefs de famille titulaires de la carte fédérale de 1942 (à réclamer au trésorier). Le siège de *Médecine et Famille*, sera transféré, à partir du 15 mai prochain, 28, place Saint-Georges, Paris (9e).

COURS

Conférences de l'Institut de Thérapeutique sous la direction du professeur LOEPER. — Les conférences ont commencé le 20 avril par un *cycle endocrinothérapique* qui se poursuit en mai.

Cycle thérapeutique du soufre

Vendredi 8 mai. — M. le professeur VERNE : Le soufre et la vie de la cellule.

Lundi 11 mai. — M. le professeur HAZARD : L'élément soufre en pharmacodynamie.

Mercredi 13 mai. — M. le professeur BINET : L'action détoxicante du soufre.

Vendredi 15 mai. — M. le professeur FABRE : Le soufre des eaux minérales.

Lundi 18 mai. — M. le professeur GOUGEROT : Préparations soufrées en dermato-syphiligraphie.

Mercredi 20 mai. — M. le docteur AMEUILLE, Médecin de l'Hôpital Cochin : Action du soufre sur les voies respiratoires.

Vendredi 22 mai. — M. le professeur LOEPER : Quelques composés soufrés dans les scléroses des tissus.

Ces conférences ont lieu aux dates indiquées au grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 heures.

Institut d'Hygiène. — ENSEIGNEMENT DES ACTUALITÉS DE L'HYGIÈNE ALIMENTAIRE. — Un enseignement spécial concernant les actualités de l'hygiène alimentaire sera donné du lundi 4 mai 1942 au vendredi 5 juin 1942, à l'Institut d'hygiène de la Faculté de Médecine, sous la direction de M. Tanon, professeur d'hygiène et de M. Lassablière, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes. Cet enseignement s'adresse aux docteurs et étudiants en médecine, aux assistantes sociales, aux surintendants d'usines, etc.

Les conférences auront lieu à l'amphithéâtre Cruveilhier, à 17 h. 30.

Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande. — En vue de préparer les candidats à cet examen, qui aura lieu en juin 1942, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'Hygiène sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du Ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le professeur Joannon : M. Lindemann, sous-directeur honoraire au Ministère de la Marine marchande ; M. Rouhinet, sous-directeur de l'Etablissement national des Invalides de la Marine ; MM. les docteurs Cambessèdes, chargé de cours à la Faculté ; Clerc, chef des travaux de l'Institut d'Hygiène ; Neveu, chef de laboratoire à l'Institut de Médecine coloniale ; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'Hygiène et professeur à l'Ecole de Médecine de Caen.

Voir la suite des Informations page 226

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe





L'aliment du premier âge!

La farine lactée SALVY est **diastasée.** Sa cuisson spéciale en a fait un aliment homogène, solubilisé, prédigéré, assimilable.

Aliment rationnel du premier âge.

Supplée à l'insuffisance digestive du nourrisson.

Préparé par BANANIA

FARINE* **LACTÉE DIASTASÉE**

SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL

COMPRIMÉS

complexe d'acides aminés : hystidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B, associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.



MODE D'EMPLOI :

Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

LABORATOIRE du **NEUROTENSYL**
72, boulevard Davout, PARIS (20e)

DIURÈNE

EXTRAIT **TOTAL** D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris

ORGANOTHÉRAPIE ET CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE

PLEXALGINE

LALEUF

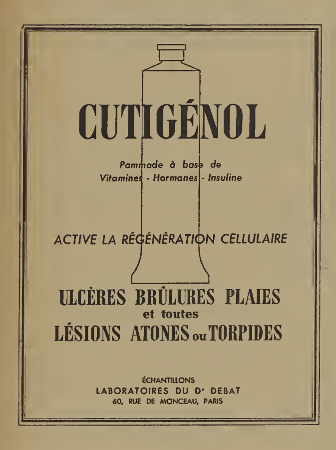
RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE

SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVIe

FLUXINE

Gouttes et Dragées







VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS

LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL

DEMANDEZ LE

BULLETIN DES LABORATOIRES

ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

THÉRAPEUTIQUE DU FÉMINISME DANS L'ENFANCE ET LA JEUNESSE

par le professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Le syndrome clinique en quoi consiste le **Féminisme** (1) se rencontre chez des individus du *sexe féminin*, du *sexe masculin*, chez des *hermaphrodites* et des *pseudo-hermaphrodites masculins* ou *hommes pseudo-hermaphrodites*. Son *déterminisme* (2) relève de facteurs divers, qui ne sont pas encore tous connus.

Aussi sa *thérapeutique* est-elle complexe. Ses indications et ses méthodes diffèrent suivant les individus, l'étiologie, les données relatives à la pathogénie. Il y a des cas où elle est remarquablement efficace ; dans d'autres, ses effets sont nuls ou hypothétiques. Certaines médications doivent être utilisées avec une grande prudence, car leur emploi peut ne pas être sans inconvénients.

Dans certaines variétés du féminisme une place importante doit être réservée à l'*éducation*, non seulement pour le traitement proprement dit, mais aussi pour la prophylaxie de certaines de ses manifestations.

LE FEMINISME PRECOCE DE LA FILLE

Le féminisme précoce de la fille s'installe parfois dès la deuxième ou la troisième années, le plus souvent de six à huit ans.

Dans la plupart des cas, il est lié à une tumeur de l'ovaire, tumeur très spéciale, dite féminisante, *folliculome de l'ovaire* ou *tumeur de la granulosa* (3).

Le **traitement chirurgical** est formellement indiqué. Il n'y a pas de traitement médical.

On fait l'*ovariectomie*. A la suite le syndrome régresse, puis, en général, disparaît ; les pertes sanguines cessent, puis le volume des seins diminue, enfin les poils pubiens tombent, mais leur disparition n'est pas constante.

Parfois se produisent des *récidives*. La fille de cinq ans, opérée par Rummeld, la fille de sept ans, opérée par R. Bland et Goldstein en sont des exemples. La première avait des kystes multiloculaires des deux ovaires : on extirpe la tumeur gauche et on résèque la droite ; cinq ans après, se produit une récidive au niveau de l'ovaire droit ; on en fait l'ablation ; dix ans après la première intervention, à dix-huit ans, la jeune fille se porte bien, n'est naturellement pas réglée. La seconde subit l'extirpation de l'ovaire gauche ; deux ans après apparaît une tumeur de l'ovaire droit, qu'on enlève avec succès ; l'observation ne mentionne pas ce qu'est devenu l'enfant.

Parfois s'installent des *métastases*. Une fille de neuf ans, opérée par Klaften, meurt, un an plus tard, de métastases cérébrales.

Quant à la **radiothérapie** les documents ne permettent pas, d'après Jacques Varangot, d'apprécier son action thérapeutique. Les tumeurs de la granulosa paraissent être très radiosensibles. On peut, après l'intervention chirurgicale, faire de la radiothérapie profonde, pour essayer de prévenir une récidive.

Quand on ne constate pas de tumeur de l'ovaire, il n'y a guère de traitement à instituer. On a conseillé l'**opothérapie mammaire**. Une fille de six ans, dont Tronconi rapporte l'observation en 1921, robuste, avec de grosses mamelles, des aréoles pigmentées, des poils au pubis et dans les aisselles, des règles revenant toutes les quatre semaines et durant trois ou quatre jours, sans aucun symptôme utéro-ovarien, guérit à la suite de ce traitement.

LE FEMINISME DU GARÇON

Les formes discrètes frustes, dégradées du féminisme du garçon ne demandent, en général **aucun traitement actif**. Le féminisme des périodes prépubérale et pubérale est, en effet, *transitoire ;* il rétrocède et disparaît spontanément, après l'éclosion de la puberté. Souvent, il m'est arrivé, pour donner satisfaction à des parents inquiets, de prescrire une thérapeutique que l'enfant se refusait obstinément à suivre ; il guérissait cependant ; s'il l'avait appliquée, j'aurais pu lui attribuer ce résultat ; en pareille circonstance, beaucoup de médecins se font illusion. On donne des conseils relatifs à l'*hygiène*, à l'*éducation* physique et psychique, au *genre de vie*.

Parfois, quand le féminisme est accentué, quand l'âge venu, il ne régresse pas spontanément, quand la puberté tarde trop ou est incomplète et entraîne l'intrication de l'*infantilisme* ou du *juvénilisme*, on a recours à une **thérapeutique destinée** soit à **suppléer l'insuffisance des hormones testiculaires**, soit à **stimuler les fonctions endocrines des testicules.**

On a eu recours à l'*opothérapie testiculaire ;* les extraits utilisés autrefois n'avaient guère d'action. Actuellement on prescrit les injections intramusculaire d'*acétate* ou de *propionate de testostérone*, comme on le fait dans l'infantilisme et le juvénilisme (1). Mais il ne faut pas y avoir recours avant l'âge où la puberté évoluerait si le garçon était normal ; l'emploi prématuré de ce produit très actif n'est pas sans inconvénient (2). La testostérone réalise une thérapeutique substitutive ; elle n'agit pas sur les testicules.

On pourrait également essayer un traitement par le *sérum de jeunes animaux mâles* (taureau, étalon, bélier). Ce produit, expérimenté par H. Busquet (3), provoque chez les chapons « l'apparition du chant, le développement progressif et une coloration sanglante de la crête, et, vers le quatorzième jour, l'éveil de l'instinct sexuel, ce dernier résultat étant... très inconstant ». On administre par voie digestive, quotidiennement, le contenu d'une ampoule (Sérodausser) dans un demi-verre d'eau sucrée ou non, une demi-heure avant le petit déjeuner, pendant six jours consécutifs chaque mois. L'effet est passager : expérimentalement, « un mois après la cessation du traitement, l'animal régresse... vers l'état de castrat ».

La *greffe testiculaire*, au dire de Gregorio Maranon (4), « s'est montrée jusqu'à présent d'une efficacité très limitée ».

L'*opothérapie thyroïdienne*, pour Gregorio Maranon, « a manifestement une action stimulante sur le développement somatique et les fonctions sexuelles ». Il la prescrit, à la dose quotidienne de o gr. 10 à o gr. 30 d'extrait sec, pendant deux à quatre ans, avec de bons résultats : « De cette façon, on obtient, presque sans exception — parfois immédiatement — la régression des traits féminoïdes dans tous les secteurs. Les signes de la puberté virile s'installent à leur place. Et, bien que tardivement — parfois, frisant déjà les vingt ans — le jeune homme efféminé et retardé récupère intégralement les attributs de son sexe. »

Maranon ajoute : « Il n'est pas rare que, chez ces enfants intersexuels, à la puberté, l'évolution post-adolescente se caractérise par un développement excessif de la taille, avec poussée tardive, mais très rude, des poils et accentuation générale de la virilité morphologique et parfois fonctionnelle... Dans beaucoup de cas, nous ne pourrons probablement nous vanter que d'avoir contribué à favoriser une évolution naturelle ; mais, dans d'autres, nous pouvons avoir l'impression légitime d'avoir paré à des déviations de la sexualité, qui, sans cela, auraient été définitives. »

Pour ma part, j'estime que l'opothérapie thyroïdienne est indiquée seulement dans les cas où la clinique et un abaissement très appréciable du métabolisme de base témoignent d'une hypothyroïdie. Or l'hypothyroïdie est rare chez les enfants présentant du féminisme.

L'*opothérapie antéhypophysaire* réalisée avec les *hormones gonadotropes* paraît indiquée pour stimuler le développement des testicules. Toutefois, au dire de G. Maranon, elle ne doit pas être utilisée « parce que, dans l'intersexualité pubérale physiologique, il existe une réaction hyperhypophysaire qui, naturellement, ne bénéficie pas de cette thérapeutique ».

L'*opothérapie* réalisée avec la *cortico-surrénale* semble indiquée ; elle n'a guère encore été utilisée.

S'il existe de la **cryptorchidie**, unie ou bilatérale, une **intervention chirurgicale** est indiquée, pour apprécier l'état des testicules, les faire descendre et les fixer dans les bourses, s'il est possible. L'indication opératoire ne se trouve pas dans le féminisme mais dans l'anomalie elle-même. L'opération doit être faite de bonne heure, de huit à dix ans, pour essayer, si les testicules sont susceptibles de se développer, d'éviter l'installation du féminisme.

L'existence d'un **phimosis** justifie la *circoncision* qui facilite le développement du pénis et comporte, d'ailleurs, ses avantages habituels.

L'éducation doit être particulièrement surveillée. Je serai bref, car j'en ai déjà exposé ailleurs les données principales (5).

Il ne faut pas laisser vivre le garçon dans la société trop exclusive des filles et admettre la coéducation des sexes, car la fille féminise le garçon plus que le garçon ne virilise la fille ; ce qui ne veut pas dire qu'il faille leur interdire toutes relations et toute camaraderie. Il faut procéder de bonne heure à l'éducation de la sexualité pour prévenir, le cas échéant, l'installation des caractères psychiques et moraux du féminisme. Cette éducation comporte d'abord l'initiation à l'existence

(1) Nobécourt (Pierre). Du féminisme dans l'enfance et la jeunesse. *Gazette des Hôpitaux*, 115e année, nos 7-8, 28-31 janvier 1942, p. 57.

(2) Nobécourt (Pierre). Déterminisme du féminisme dans l'enfance et la jeunesse. *Gazette des Hôpitaux*, 115e année, nos 15-16, 25-28 février 1942, p. 145.

(3) Varangot (Jacques). Les tumeurs de la granulosa (folliculomes de l'ovaire). *Thèse de Paris*, 1937. Louis Arnette.

(1) Nobécourt (Pierre) et Brickas (Sotirios B.). Traitement par la testostérone d'un garçon de vingt-deux ans présentant une hypotrophie staturale et un infantilisme d'origine hypophysaire (tumeur de la poche de Rathke). *Académie de Médecine*, 22 juillet 1941. — Juvénilisme chez un garçon de vingt-deux ans par destruction des testicules à l'âge de quinze ans. Efficacité du traitement par la testostérone. *Académie de Médecine*, 2 décembre 1941.

(2) Nobécourt (P.). *Société de Pédiatrie de Paris*, 19 janvier 1937.

(3) Busquet (H.). Détermination du retour des caractères de la masculinité chez les chapons et les vieux coqs, par le sérum de jeunes animaux mâles. *Société de Biologie*, 26 novembre 1927.

(4) Maranon (Gregorio). *L'évolution de la sexualité et les états intersexuels*. Traduit de l'espagnol par le Dr Sanjurgo d'Arellano. Gallimard, Paris, 4e édition, 1939.

(5) Nobécourt (Pierre). Sexualité d'éducation. — I. Education des garçons et des filles. — II. Education de la sexualité et de la fonction génésique (éducation sexuelle). *Gazette des Hôpitaux*, 113e année, nos 23-24, 27-28, 31-32 ; 20-23 mars, 3-6 et 17-20 avril 1940, p. 217, 261, 309.

des sexes : le garçon doit savoir qu'il est un garçon, la fille qu'elle est une fille, le frère qu'il est différent de sa sœur et celle-ci de celui-là ; le plus tôt sera le mieux. Il importe d'éviter l'erreur souvent commise par les mères, d'habiller, de coiffer le garçon en fille. « Le plus tôt possible, écrit fort justement Edouard Pichon (1), le garçon devra être vêtu sobrement et on lui apprendra à uriner debout. Les mères qui, pour de puériles préférences personnelles, laissent pendant des années de longues boucles à leurs fils et les traitent en filles risquent de leur nuire plus qu'elles ne croient. » Qu'elles évitent une tendresse excessive.

A l'éducation dans la famille doit se joindre l'*éducation de la sexualité* par l'*enseignement religieux* et l'*enseignement scolaire*. Il s'agit, avant tout, d'un enseignement moral, portant notamment sur les devoirs et les droits respectifs du garçon et de la fille dans la famille et la société, sur le mariage et la famille.

Quant à l'*éducation* de la *fonction génitale* ou *génétique*, fonction de génération ou de reproduction, elle ne sera envisagée qu'après l'éclosion de la puberté. Ce sera d'ailleurs une éducation essentiellement morale.

En somme, je dirai, avec G. Maranon, que « toute l'éducation doit tendre à développer de bonne heure les tendances viriles du garçon ».

Il faut se garder de l'inciter à avoir trop tôt des *rapports sexuels*, avant le complet développement de ses organes, c'est-à-dire avant qu'il soit devenu *nubile*.

Pour le traitement des ANDROGYNOÏDES et des HERMAPHRODITES, on se comportera d'après les données qui viennent d'être exposées. En outre se pose, pour eux, le problème de la **correction des anomalies des organes sexuels.**

Sa solution est très délicate. L. Ombrédanne (1) donne les règles qui doivent guider la décision du chirurgien.

De même que pour les gynandroïdes « le chirurgien doit chercher ses indications opératoires dans l'*harmonie des formes somatiques* avec les *fonctions sexuelles*, d'une part, et, d'autre part, avec les *formes génitales apparentes*... Nous aboutissons, en somme, à penser, comme Ulpien, qu'il faut diriger les interventions correctives dans le sens du sexe qui prévaut chez le sujet, sous cette réserve que, dans cette appréciation, les *fonctions* doivent avoir le pas sur les *formes* »,

On doit s'abstenir d'une décision prématurée, avant que l'aptitude fonctionnelle ne se révèle et que le sujet puisse donner son avis.

Ceux qui copulent en femmes reçoivent le pénis de leur partenaire dans un vagin ou dans un urèthre qui se dilate progressivement ; ils ont un corps d'apparence féminine, des tendances féminines ; leur verge hypospade est très aplasiée, a l'aspect d'un clitoris. L'*option féminine* paraît légitime.

Ceux qui copulent en hommes — ce sont les plus nombreux — ont, pour la plupart, un hypospadias mâle vulviforme ; ils sont dotés d'une verge à érection et de deux testicules. *Ils ne relèvent pas de la chirurgie.*

Certains enfin possèdent une petite verge et un vagin ; ils peuvent *copuler en mâles*. Pour eux le choix peut être embarrassant.

(1) PICHON (Edouard). *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Masson et Cie, Paris, 1936.

(1) OMBRÉDANNE (L.). *Les hermaphrodites et la chirurgie*. Masson et Cie, Paris, 1939.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Quelques notions nouvelles sur l'épilepsie (1)

Par L. BABONNEIX
Membre de l'Académie de Médecine

Innombrables sont les recherches dont l'épilepsie continue à être l'objet. Qu'elles soient d'ordre théorique ou pratique, elles sont toutes également dignes d'intérêt. Ne contribuent-elles pas à élucider l'une des questions les plus obscures de la neurologie ?

En ce qui concerne l'ÉTIOLOGIE, une des découvertes les plus importantes de ces dernières années, c'est le pouvoir épileptogène de certaines médications chimiques ou physiques.

Parmi les premières, il faut surtout citer le cardiazol, le triazol, l'insuline, la picrotoxine, la thuyone, le bromure de camphre (Pagniez et Plichet). Comme, dans la démence précoce, les crises comitiales sont exceptionnelles, Sakel et V. Méduna ont eu l'idée que, peut-être, on améliorerait l'état des malades en provoquant chez eux des crises par l'administration des substances précitées. Quels ont été les résultats de cette méthode qui n'est pas sans danger et que, seuls, peuvent utiliser des spécialistes, opérant dans une maison de santé appropriée, c'est ce dont nous n'avons pas à nous occuper ici, mais nous voudrions, à son sujet, faire observer que l'épilepsie expérimentale « cardiazolique » a conduit M. J. Asuad (*Thèse Paris*, 1940, et *Presse Médicale*, n° 100-101, 18-21 décembre 1940, pp. 1043-1047) aux conclusions suivantes : d'une part, l'épilepsie ainsi produite est identique à l'épilesie humaine, de l'autre, elle survient aussi bien chez les animaux « décortiqués » que chez les autres, ce qui donne à penser que l'écorce cérébrale n'est pas indispensable à leur production, conclusion qui, il y a quelque trente ans, aurait livré son auteur au bras séculier, et qui, pourtant, semble aujourd'hui indiscutable.

Les secondes sont représentées par certains courants électriques. On savait, depuis longtemps que l'on peut, dans des conditions expérimentales déterminées, produire des crises comitiales typiques (Batelli, Gentile, Leduc, Prévost, Viala), mais ce n'est que dans ces dernières années que les auteurs italiens (Cerletti et Bini), puis anglais (Fleming, Shepey) ont étendu ces résultats à l'homme, traité ainsi certaines psychoses et obtenu, d'après M. Plichet (*Presse Médicale*, n° 91-92, 20-23 novembre 1940, pp. 937-943), d'intéressants résultats.

La PATHOGÉNIE de la crise continue à être très controversée. Il y a quarante ans, environ, à la suite des expériences de Ferrier et Hitzig, toute crise comitiale était attribuée à une excitation de l'écorce, et encore non de toute l'écorce, mais uniquement de la zone rolandique. Puis, peu à peu, on en est venu à admettre des épilepsies « sous-corticales », liées à l'excitation des noyaux basilaires (Marinesco), ponto-bulbaires, médullaires et même hypophysaires (Cushing) et Salmon a décrit un centre végétatif épileptogène, qu'il localise dans le diencéphale. Les expériences toutes récentes de MM. Gutierrez Noriega et Asuad semblent leur donner raison, faisant jouer un rôle à tous les centres moteurs étagés depuis le pédoncule cérébral jusqu'au bulbe. Ces conclusions sont-elles définitives ? Quel qu'en soit l'intérêt, que nous ne cherchons nullement à diminuer, on peut remarquer, d'une part, que dans les crises humaines, existe souvent un élément « pyramidal » constitué par le signe de Babinski et, de l'autre, que c'est en excitant électriquement une zone cérébrale correspondant à la 1re et à la 2e frontales, qu'on a le plus de chance, chez l'homme, de déclencher une crise (Cerletti et Bini).

Autre question pathogénique sur laquelle l'accord est encore loin de régner. La crise est-elle due à un spasme vasculaire, à de la stase veineuse ou à une hypertension brusque du liquide céphalo-rachidien ? A aucune de ces causes isolées, mais à leur association (Asuad). Le même auteur s'est également occupé expérimentalement de deux questions qui avaient déjà retenu l'attention des chercheurs relatives au métabolisme de l'eau et des hydrates de carbone chez les comitiaux. Pour lui, il existe, au moment de la crise, un certain degré d'hyperglycémie et de rétention aqueuse (Mac Quarrie), fait déjà noté par Hippocrate, qui signalait l' « humidité » du cerveau, chez les sujets morts en état de mal.

Dans l'ÉTUDE CLINIQUE, peu d'acquisitions nouvelles, en dehors des encéphalogrammes, pris, en France, par MM. Guillain et Pagniez et par leurs élèves. Ils permettent de considérer la crise comme l'expression clinique d'une dysrythmie électrique du cerveau, les ondes électriques s'écartant sensiblement, dans leur fréquence et dans leur forme, de celles que produit un cerveau normal. A noter la découverte, grâce à ce procédé d'exploration, d'un foyer d'ondes latentes, émanant de la zone frontale déjà mentionnée.

Au chapitre DIAGNOSTIC, une seule erreur, mais désastreuse, celle qui tendrait à considérer comme « essentielle » une épilepsie symptomatique d'une tumeur cérébrale. Et ne croyez pas qu'elle soit toujours facile à éviter ! Sans doute, s'il s'agit d'un enfant venu au monde dans de mauvaises conditions, qu'il a fallu ranimer, et qui, de bonne heure a été sujet aux convulsions, il est aisé d'éliminer l'hypothèse de tumeur et de rattacher à une hémorragie méningo-corticale les accidents observés. Mais si vous avez affaire à un sujet jusque-là sain, et chez qui apparaissent brusquement, sans cause apparente, des crises comitiales, l'embarras peut être extrême. Nombre de médecins s'imaginent encore que, si la stase papillaire fait défaut, on peut, en toute certitude, abandonner l'idée de tumeur cérébrale. Erreur absolue, et qui risque de coûter la vie au malade ! Il n'y a qu'un seul moyen de savoir s'il y a ou non une tumeur, c'est de procéder à une ventriculographie : positive, elle permet d'affirmer l'existence de la tumeur, dont elle indique le siège. Négative, elle suffit à démontrer que l'épilepsie n'est pas d'origine « tumorale ».

Que dire du TRAITEMENT, que ne sachent nos lecteurs ? Pas plus que l'acétylcholine, le régime cétogène, fondé sur l'acidose de l'épilepsie, ne nous a donné de succès. Nous avons depuis longtemps renoncé aux bromures, donnés selon la méthode de Charcot et Gilles de la Tourette. Jusqu'ici nous restons fidèles aux barbituriques qui, donnés convenablement, contribuent à rendre acceptable l'existence. Echouent-ils, nous nous adressons aux injections prudentes d'air stérilisé par voie sous-arachnoïdienne lombaire, méthode qui agit sans doute en dilacérant des adhérences, mais qui est du domaine du spécialiste, et dont on ne peut jamais savoir à l'avance (Cl. Vincent) les résultats qu'elle donnera.

Mais toutes ces méthodes ne sont pas sans inconvénients et ne conviennent pas à tous les cas.

C'est pourquoi nous ne devons pas ignorer les recherches relatives à un nouveau médicament, LE PHÉNYLHYDANTOÏNATE DE SODIUM, dit encore *Dilantin* aux Etats-Unis, *Epanutin* en Angleterre, et que préparent actuellement trois de nos grandes maisons françaises : Carrion, Etablissements de Laire, Rhône-Poulenc. Ce sont Merritt et Putnam auxquels revient le mérite d'avoir en 1938 montré que, parmi les produits chimiques capables de s'opposer aux « crises électriques » produites chez l'animal, par le passage d'un courant électrique à travers le cerveau, la phénylhydantoïnate de sodium mérite la première place. Une étude de pharmacologie complète en ayant été faite par Krayer, Kaprin et Gruzhit, aux Etats-Unis, Bougault et R. Hazard, en France, le médicament a pu être essayé dans l'épilepsie par M. le Professeur Baudouin et par M. Pagniez.

(1) Cet article est l'un des derniers de notre regretté rédacteur en chef.

En réalité, si comme les anesthésiques et les hypnotiques, la phénylhydantoïne empêche l'épilepsie corticale électrique, elle diffère de ces corps de trois manières :

1° Alors que, sous l'influence des anesthésiques, la disparition de l'aptitude à l'épilepsie s'accompagne de la perte de l'excitabilité motrice, celle-ci est conservée avec la phénylhydantoïne ;

2° Tandis que ceux-là, ainsi que les barbituriques, augmentent la chronaxie et la rhéobase (Chauchard), celle-ci reste sans action sur la rhéobase et diminue la chronaxie ; elle supprime donc l'épilepsie corticale électrique par un mécanisme qui lui est propre ;

3° Son action générale est, elle aussi, toute différente de celle des anesthésiques, puisqu'elle serait de nature excitante au lieu d'être, comme ceux-ci, paralysante.

M. P. Gley, auquel nous devons ces notions (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, mars 1941, n° 5-6, p. 307-308), ajoute que les convulsions produites par le cardiazol, la strychnine, etc., au lieu d'être calmées, comme par les anesthésiques, sont conservées et même apparaissent plus vite sous l'influence de la phénylhydantoïne.

En ce qui concerne sa *constitution*, c'est un corps voisin des barbituriques, dérivant, non comme eux, de la malonylurée, mais de la glycolyurée. Ses *propriétés physico-chimiques* sont faciles à résumer. Son sel sodique est une poudre blanche, de saveur amère, soluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther et la benzine, dont la solution aqueuse est fortement alcaline. Il est facilement détruit par les acides les plus faibles, et même par l'acide carbonique de l'air. Quant à la base elle-même, elle est blanche, insoluble dans l'eau, inaltérable à l'air.

Le *mode d'administration* est simple. Le produit est présenté en capsules de 0 g. 10. La dose moyenne pour un adulte, laquelle doit être cherchée par tâtonnements, est de 0 g. 20 à 0 g. 50 par jour, en moyenne de 0 g. 30, c'est-à-dire de trois capsules, à prendre aux repas, et, si le médicament semble produire des troubles digestifs, à la fin de repas, dans une grande quantité d'eau. La base elle-même est aussi active que ses sels (A. Baudouin).

Chez l'enfant, moitié dose, diluée dans un peu de crème.

Le malade était-il au gardénal ou au luminal, il faut *substituer progressivement et prudemment la nouvelle médication à l'ancienne.*

Au diphénylhydantoïnate de sodium on peut associer d'autres médicaments antiépileptiques, et, particulièrement, le gardénal (Pratt, A. Baudouin), aux doses de 0 g. 10 à 0 g. 15 par jour. Mais il serait dangereux de lui substituer son dérivé sodique, en injections intraveineuses, celui-ci déterminant, expérimentalement, à petites doses, des troubles cardiaques, à fortes doses, la mort de l'animal (A. Baudouin et R. Hazard, *Académie de Médecine*, séance du 8 juillet 1941).

Quels sont les *résultats* dans l'épilepsie ? Pour M. Pagniez (*Presse Médicale*, 1940, n° 25-26, p. 294-295), « ils ont été bons, avec une proportion de succès complets tout à fait importante », encore qu'il faille « tenir compte du fait que, pour beaucoup des observations publiées, le temps écoulé ne dépasse guère quelques mois ». Ces succès, parfois qualifiés de dramatiques par les auteurs américains et anglais (Blain, Bailey et Mc Gregor, Hodgson et Reese, Kimball, Mc Lartan et Carson, Philipps, Stell et Smith), et que M. Pagniez a constaté dans un de ses cas rebelle à toute autre médication, consistent d'abord et surtout en une notable atténuation des grandes crises, mais aussi en sensation de bien-être et en amélioration des troubles caractériels.

Dans un cas soigneusement suivi par M. A. Baudouin, des crises de petit mal, qui avaient résisté au gardénal et au bromure, disparurent, mais furent remplacées par trois crises de haut-mal. Dans cinq cas de grand mal, l'auteur a eu trois bons résultats, un nul et un mauvais. Sur six cas de petit mal, rebelles aux médications habituelles, il a obtenu un résultat excellent, un bon, deux assez bons, avec amélioration, et deux échecs. Il note que le nouveau médicament est beaucoup moins hypnotique que le gardénal (*Bulletins de l'Académie de Médecine*, 105e année, 3e série, t. 124, nos 9 et 10, séance du 4 mars 1941, p. 239-242).

Les accidents ne sont malheureusement pas rares.

Les uns, nerveux : agitation, ataxie, exceptionnellement état confusionnel, étourdissements, diplopie, tremblements ; digestifs : inappétence, état nauséeux, plus rarement, vomissements, s'observent dans 15 % des cas, apparaissent du troisième au dixième jour et diminuent ou disparaissent quand on diminue les doses du médicament.

Plus tardifs (du 9e au 10e jour), les autres intéressent la peau : dermite exfoliatrice, érythèmes mortilliformes ou scarlatiniformes, érythrodermie (A. Baudouin), augmentation de la pilosité à la face, sur les bras et sur le corps. Plus sévères, parfois accompagnés de réactions sanguines (éosinophilie, leucocytose), ils n'en disparaissent pas moins avec rapidité dès qu'on supprime le traitement. On ne les observe que dans 5 % des cas.

En somme, médicament très actif dans l'épilepsie, mais dont, étant donné sa toxicité, on doit réserver l'emploi aux formes rebelles aux médications habituelles (Ph. Pagniez).

ACTUALITÉS

CORTINE DE SYNTHESE (1)

Par R. Levent

Le terme de cortine de synthèse tend à entrer dans l'usage courant bien qu'au sens propre du mot un tel produit n'existe pas encore. Depuis qu'en 1849 Addison ouvrit le domaine surrénal et depuis l'époque beaucoup plus proche où l'adrénaline a retenu l'attention des médecins, on est jusqu'à ces toutes dernières années assez mal informé de la sécrétion du cortex surrénal. C'est seulement vers 1928 qu'on a obtenu les premiers extraits actifs. C'est en 1936 qu'Hartmann, Swingle et Pfiffner ont prouvé la présence dans le cortex de substances actives multiples qui semblent devoir être rangées parmi les hormones et c'est à cet ensemble encore incomplètement inventorié à l'heure actuelle qu'on a donné le nom de cortine. L'analyse permet d'y reconnaître actuellement une vingtaine de substances d'activité certaine bien que fragmentaire. Le reste, encore mal connu, n'est d'ailleurs pas moins actif.

Parmi les produits les mieux connus, l'un se distingue par la puissance de son action et sa relative analogie avec les effets de la glande normale, c'est la *désoxycorticostérone*, isolée pour la première fois par Reichstein en 1937. Elle est chimiquement apparentée au cholestérol et au stigmastérol du soja. En 1937, Steiger et Reichstein réussirent à en faire la synthèse selon une méthode qui permet de l'obtenir en quantité notable et moins cher que par extraction. Aussi prend-on l'habitude de désigner la désoxycorticostérone sous le nom de « cortine de synthèse » — impropriété dans les termes, commode, mais à laquelle le progrès des connaissances mettra sans doute ordre.

Depuis les premiers essais thérapeutiques de Dryerre et Lévy, de Gennes, Mahoudeau et Laudat ont été en France les premiers à renouveler les tentatives et ont en partie confirmé les conclusions des auteurs américains.

***

Indications et résultats. — C'est naturellement l'*insuffisance surrénale et avant tout la maladie d'Addison* qui sont l'indication principale de la médication surrénocorticale. De Gennes et ses collaborateurs ont actuellement un dossier de 14 cas d'Addison où les effets du traitement ont d'autant plus mérité l'attention que les traitements précédents n'avaient donné que des résultats partiels. D'autres cliniciens ont conclu dans le même sens. Sur les 14 cas de de Gennes 3 décès seulement se sont produits : aggravation malgré le traitement, posologie insuffisante, traitement suspendu pendant l'exode de 1940. Les autres sujets ont pu reprendre une activité quasi-normale.

C'est aux effets de l'insuline que ceux de la « cortine » sont le plus comparables tant par leur rapidité que par la nécessité de continuer sans défaillance ce qui n'est qu'un traitement de remplacement.

Certains symptômes s'amendent très rapidement : troubles gastro-intestinaux, asthénie, même si le coma est déjà menaçant. La pigmentation, même au niveau des muqueuses, s'efface mais parfois très lentement. De même l'hypotension. Par contre la courbe de poids est un index fidèle et sensible du succès ; dès le début du traitement elle se relève et épouse ensuite les variations de l'activité hormonale. Le chimisme humoral moins nettement influencé qu'en physiologie expérimentale se modifie pourtant : l'hypochlorémie plasmatique, l'hyperkaliémie, l'augmentation du soufre neutre, l'abaissement du glutathion total globulaire, l'hyperlipidémie et l'hypercholestérolémie s'amendent mais lentement. L'hypoglycémie au contraire persiste sans modification.

La corticorésistance vraie n'est pas encore connue. Mais il y a des résultats instables : traitement irrégulier ou insuffisant ou trop bref ; effet de complications intercurrentes. Il y a aussi des résultats incomplets (calcification étendue des capsules dans le cas de Fiessinger, Roux et Nick). Il y a aussi des échecs totaux (Laroche et Bompard) dus le plus souvent à l'existence de foyers bacillaires concomitants extra-surrénaux.

Il faut compter aussi avec les incidents : soit œdèmes survenant en général chez des sujets âgés et tarés et dus probablement aux effets de l'hormone régulatrice de l'eau et du chlorure de sodium, sur l'élimination du sodium (ces œdèmes peuvent aller jusqu'à l'anasarque et à l'œdème pulmonaire, mais la cessation du traitement suffit à tout calmer), soit poussées d'hypertension artérielle, habituellement bénignes mais que peut suivre l'asystolie.

***

La désoxycorticostérone peut rendre aussi des services *en dehors de l'addisonisme* lorsque l'atteinte surrénale se décèle cliniquement.

Dans *les états de choc* (traumatismes, brûlures étendues) où la pâleur, le collapsus vasculaire, la concentration sanguine, l'hypochlorurie, l'hyperazotémie et l'acidose constituent le syndrome humoral.

Dans *le choc post-opératoire* après intervention très traumatisante (estomac, vésicule) sur des sujets très affaiblis.

Dans *les grandes infections et les grandes intoxications* avec adynamie et hypotension (fièvre typhoïde, diphtérie, vomissements gravidiques).

Dans les asthénies des vieillards avec troubles circulatoires et atonie digestive, et aussi dans certains troubles digestifs avec atonie viscérale, les malformations coliques exceptées.

(1) Les séances plénières des 7 et 8 novembre 1941 de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris ont donné lieu à de remarquables études de ce sujet.

La désoxycorticostérone peut enfin, comme il est naturel, entrer dans une opothérapie complexe (association avec l'insuline pour surmonter l'insulinorésistance de certaines cirrhoses).

Dans le choc histaminique, Binet en a obtenu la consolidation définitive des effets temporaires du sérum hypertonique seul.

Chiray, Mollard et Maschas, chez certains tuberculeux non addisonniens ont lutté par la cortine contre les défaillances endocriniennes dues aux toxines bacillaires, mais dans tous ces cas les effets éloignés sont moins constants que les effets immédiats.

Posologie. — Elle varie avec les cas et avec la gravité du déficit à combler par substitution. Dans les cas graves le traitement initial d'attaque devra être suivi sans interruption d'un traitement d'entretien régulier où la posologie se guidera sur les mêmes directives que lorsqu'il s'agit d'insuline. Les tâtonnements nécessaires du début se guideront d'après la gravité des troubles digestifs, l'état syncopal, la fièvre, les menaces de coma. Les doses du début, du traitement d'urgence ou du traitement d'une poussée évolutive seront les plus fortes.

Les voies sous-cutanées ou intramusculaires sont les plus habituelles ; en cas d'urgence, pour agir vite et fort on peut employer la voie intraveineuse.

En cas d'urgence on peut donner jusqu'à 60 milligrammes en douze heures, dose énorme d'où par tâtonnements on pourra en général redescendre jusqu'à 20 ou 30 milligrammes et d'autant plus qu'on y joindra le traitement adjuvant classique (sérum salé hypertonique, vitamine C, cystéine).

Dans les formes courantes, ou lorsqu'on n'a qu'à maintenir un équilibre retrouvé, 5 à 10 milligrammes suffisent le plus souvent ; mais la surveillance médicale continue est indispensable.

L'inconvénient d'une telle méthode est donc double : cherté de la cortine extractive, nécessité d'une régularité quotidienne de la surveillance et de l'action médicales. Il semble que la désoxycorticostérone de synthèse permettra de parer au premier inconvénient. Contre le second on a essayé des greffes sous-cutanées de comprimés hormonaux. Les auteurs français y voient une méthode délicate, moins fidèle et moins héroïque que n'ont dit ses promoteurs et qui dans des détails, même en apparence insignifiants, a encore besoin d'être perfectionnée. Il est cependant permis d'y voir le prémice de progrès réels.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

4 mars. — M. Talpin. A propos d'un cas de purpura hémorragique avec tuberculose aiguë. — M. Honveno. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson.

5 mars. — M. Le Naour. Sur un cas de tumeur polykystique non parasitaire du foie. — M. Allenic. L'imperforation congénitale des choanes.

11 mars. — M. Nataf. Le traitement de l'hémogénie par la radiothérapie splénique. — M. Viguier. Hormone cortico-surrénale et tuberculose pulmonaire.

12 mars. — M. Le Moniès de Sagazan. Contribution à l'étude de la valeur pratique de l'hémo-concentration dans les états de shock.

18 mars. — M. Albaret. L'hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque au cours de l'évolution de la coxarthrie. — M. Poirier. Contribution à l'étude de l'abcès central des os. — M. Classe. Sur l'interprétation de l'acétonurie infantile. — M. Blanc. Contribution à l'étude du traitement de certains asthmes graves et rebelles par les sels d'or et la tuberculine. — M. Moreau. Contribution à l'étude du lobe azygos. — M. Bigot. Traitement de l'hydarthrose périodique.

25 mars. — M. Lamotte. Recherches sur le métabolisme de la vitamine B_1. — Mme Mattei. Contribution à l'étude des variations saisonnières du taux de la vitamine C dans le sang.

26 mars. — M. Tchelebi. Contribution à l'étude du traitement des ostéites chroniques fistulées par le sulfamide (1162 F). — M. Barre. Exaltation pathologique du besoin sexuel chez la femme. — M. Delzant. Recherches sur les types et la virulence du bacille tuberculeux dans le lupus vulgaire. — M. Huichard. — Contribution à l'étude de la sulfamidothérapie par le camphosulfonate de 1162-F ou corps 809 en odontostomatologie.

15 avril. — M. Goury. — Le diabète de la ménopause, forme clinique du diabète hypophysaire. — M. Dir. Hygiène de l'ouvrier dans la soudure autogène. — Mlle Rivière. Des ensemencements tuberculeux de la paroi thoracique au cours des pleurésies du pneumothorax artificiel.

THESES VETERINAIRES

12 mars. — M. Brunaud. Contribution à l'étude des parathyroïdes du porc. Fonction parathyroïdienne. Déductions pathologiques.

18 mars. — M. Ragetly. Considérations sur la fabrication hygiénique des conserves de sardines. — M. Robin. Contribution à l'étude de l'ostréiculture. L'élevage de l'huître de Bélon.

25 mars. — M. Moret. Le demi-sang trotteur dans la circonscription du dépôt d'étalons de la Roche-sur-Yon.

26 mars. — M. Masset. Les coccidioses du lapin. Essai de traitement par un nouveau dérivé d'acridine. — M. Kovalenko. La pourriture maligne du couvain des abeilles. — M. Chary. Variations physiologiques saisonnières. Recherches expérimentales sur le sang du chien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 21 avril 1942

Notice. — M. Mathieu lit une notice nécrologique sur M. Raymond Grégoire, membre titulaire récemment décédé.

La diminution du poids des nouveau-nés à la maternité de Dijon. — M. F. Baron lit une note d'où il résulte que le poids moyen des enfants a nettement diminué. Il semble bien que cette baisse de poids soit due aux fatigues réitérées de la vie journalière et aux restrictions alimentaires — spécialement de glucides — pendant la dernière partie de la grossesse.

La fréquence et le rôle de la syphilis dans un service de médecine générale. — MM. L. Langeron et V. Cordonnier présentent une statistique portant sur 13 ans et intéressant 7.103 malades qui montre l'importance de la syphilis en tant que productrice de manifestations morbides diverses ; ils précisent qu'il s'agit d'un service non spécialisé, à recrutement automatique dans un secteur donné, que ces chiffres ne concernent que la classe sociale fréquentant l'hôpital, qu'il ne s'agit pas de fréquence absolue de la syphilis dans cette classe mais seulement de sa fréquence relative en tant que pathogénie morbide.

En comité secret. — M. Lemierre a parlé de l'Académie et des Conseils de l'Ordre des Médecins.

Séance du 28 avril 1942

Notice. — M. Ribadeau-Dumas lit une notice nécrologique consacrée à M. Babonneix, membre titulaire, récemment décédé.

Secret professionnel et fiscalité. — M. Courcoux lit un rapport qui se termine par le vœu suivant : « L'Académie de Médecine a protesté avec succès, en 1934, contre les mesures fiscales qui mettaient en cause le secret professionnel et aboutissaient à assimiler la profession médicale à une profession commerciale.

Elle renouvelle aujourd'hui ses protestations avec d'autant plus de conviction que, pour un bénéfice fiscal des plus aléatoires, les mêmes mesures sont reprises, aggravées par l'obligation pour les malades de dénoncer leurs médecins, pour les médecins de dénoncer leurs confrères.

Elle assure de son appui moral le Conseil Supérieur de l'Ordre dans l'action qu'il a entreprise dès la promulgation de la loi fiscale et qu'il poursuit pour obtenir l'abrogation des clauses vexatoires de cette loi. »

Le vœu est adopté.

Sur les essais de traitements et de réadaptation de certains états mentaux, dans le but d'utilisation sociale. — M. Henri Claude. — Après avoir distingué, en face d'un malade mental, la cause du déficit observé, qu'il s'agisse d'une lésion congénitale ou de séquelles d'état infectieux, il reste un contingent important de maladies d'ordre constitutionnel auxquelles s'ajoutent un certain nombre de faits groupés sous le nom général de « démences précoces » ou d'hébéphrénie qui ont, comme caractère essentiel, de survenir surtout à la période d'évolution pubérale, ou au début de l'âge adulte et sur un fond mental déjà suspect par des conditions héréditaires et constitutionnelles prédisposantes.

Bien que l'origine lésionnelle de ces démences précoces vraies ne soit pas encore acceptée d'une façon générale, des faits anatomo-cliniques réunis par nous, ont montré le caractère réel de ces conditions pathologiques.

A côté de ces démences précoces vraies, il faut appeler l'attention sur ces formes durables qui évoluent progressivement et tardivement, sur le type schizophrénique, que l'on peut appeler « schizophréniforme ».

Ce qu'il faut demander ici au traitement biologique, c'est de s'opposer à l'évolution durable, et notamment, à l'évolution schizophrénique secondaire de ces maladies prenant le masque de la psychose maniaque et qui n'en suivent pas l'évolution naturelle.

En troisième lieu, une dernière catégorie d'états mentaux, qui est intéressante à traiter par les méthodes biologiques, répond au groupe très polymorphe des schizophrénies vraies, indépendantes des causes d'ordre lésionnel, et répondant à des conditions pathogéniques héréditaires, notamment de ces gênes que l'on tend à mettre en cause de plus en plus.

Ces derniers états schizophréniques, indépendants au début, des lésions des centres nerveux, se constituent sur le type des déficiences psychologiques, dont l'activité dynamique a été troublée en raison de leur adaptation insuffisante à diverses conditions sociales, familiales, parentales, sexuelles, etc., réalisant toutes sortes d'incapacités génératrices de complexes psychologiques, jusqu'à la déformation absolue de l'esprit, du caractère, de l'affectivité des sujets ; en un mot, jusqu'à la création de troubles profonds du comportement.

C'est à cette catégorie de sujets, dont la maladie se constitue sur le type périodique au début, ou sur le type schizophrénique d'emblée, que les méthodes modernes de réadaptation psycho-biologique, appliquées à la suite des méthodes thérapeutiques de choc, pourront rendre les plus grands services.

Chirurgie conservatrice en gynécologie. — M. Pierre Mocquot.

Election d'un membre titulaire. — Dans la Première Section (médecine et spécialités médicales), M. Trémolières est élu par 43 voix sur 73 votants.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars 1942

Une nouvelle observation de diabète insipide à précession polydipsique. — Etude de la soif. — MM. R. Kourilsky, Jacques Sicard et J.-J. Galey. — Observation d'une malade, qui confirme la conception de la primauté de la soif sur la polyurie dans le diabète insipide humain. Un an après un traumatisme cranien d'apparence bénigne, un grand diabète insipide s'installa brusquement chez une jeune fille de vingt-deux ans : le premier signe fut l'apparition d'une soif ardente précédant la polyurie. Pour les auteurs : 1° la soif est perçue comme un *besoin ;* 2° ce besoin s'accompagne d'une perception de sécheresse et de constriction de toute la partie supérieure du tube digestif ; 3° que des modifications gustatives surviennent au plus fort de la soif ; 4° que la soif est augmentée par l'ingestion de sel et peu par l'ingestion de sucre ; 5° qu'elle subit une recrudescence après les repas, mais une suspension la nuit ; 6° qu'il survient un état d'agitation qui rappelle celui des toxicomanes sevrés de la drogue.

Cancer broncho-œsophagien. — M. Ameuille. — Observation d'un malade mort avec une dysphagie œsophagienne empêchant toute alimentation. A l'autopsie, on trouva une perforation broncho-œsophagienne entourée de végétations cancéreuses, puis à dix centimètres au-dessous, on trouva aussi deux perforations œsophagiennes superposées, communiquant avec un abcès médiastinal rétro-cardiaque, provenant de la perforation médiastinale d'un abcès pulmonaire.

Il était difficile de savoir si le cancer était primitivement bronchique ou œsophagien.

Infarctus pulmonaire à forme péritonéale. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Merle d'Aubigné et René Wolfrom. — Observation d'un infarctus pulmonaire qui se manifesta au début par les signes d'une péritonite aiguë semblant nécessiter la laparotomie. C'est seulement vingt-quatre heures plus tard que survint un crachat hémoptoïque qui permit le diagnostic d'infarctus. Les signes péritonéaux disparurent alors et les signes d'auscultation de l'infarctus se précisèrent. Un infarctus pulmonaire peut donc se révéler sous l'aspect d'une péritonite aiguë.

Hémopathie benzolique à symptomatologie dissociée. — Mme Bertrand Fontaine et Mlle Brille. — Observation d'une intoxication benzolique latente révélée au cours d'une pneumonie franche par une anémie profonde, d'allure aiguë, s'accompagnant d'une franche hyperleucocytose avec polynucléose. Secondairement apparut la leucopénie suivie elle-même de granulopénie et d'un petit syndrome hémogénique très fruste. L'infection pneumococcique a déclenché l'anémie et elle a suscité une réaction d'hyperleucocytose normale à laquelle a succédé une leucopénie avec granulopénie.

Note sur le début de l'épidémie de variole actuelle par MM. Célice, Blancard et de Sablet. — A propos des premiers cas de variole constatés cet hiver, les auteurs relatent la difficulté de préciser l'origine de l'épidémie, la bénignité des formes observées à symptomatologie souvent atypique, les caractères hématotopiques et les myélogrammes, l'évolution écourtée de la maladie. Ils ont tenté un traitement sulfamidé dont l'action sur la phase dite de suppuration a paru favorable.

Séance du 13 mars 1942

Etude d'une ration déterminant de la pellagre. — Comparaison avec certaines rations actuelles de sujets cliniquement indemnes, équivalentes énergétiquement et comportant des taux comparables de vitamine PP. — MM. H. Gounelle, R. Mande et M. Bachet. — Les auteurs soulignent que la confrontation de deux régimes équivalents (1.700 et 1.800 calories), l'un déterminant de la pellagre en milieu asilaire et l'autre pas chez des citadins parisiens, permet de préciser que leur teneur réciproque en vitamine PP totale (15 mg. 4 et 12 mg. 9) est comparable. En tenant compte du coefficient d'utilisation de la vitamine PP assimilable, les taux en demeurent de même ordre. Mais la ration pellagrogène présente un déficit caractérisé pour les protides et les lipides d'origine animale.

Aussi est-il légitime d'invoquer l'incidence d'autres carences, de certains déséquilibres ou de viciations nutritionnelles jouant un rôle dans l'établissement de l'anicotinose.

Le traitement de la myasthénie par la cortine de synthèse ; ses dangers. — MM. P. Mollaret, J. Lereboullet, A. Grossiord et M. Rouzaud. — Observation d'une femme de trente ans, atteinte d'une myasthénie typique chez qui on tente la thérapeutique par l'acétate de désoxy-corticostérone.

Malgré une dose quotidienne de 20 milligrammes, les résultats n'ont pas été supérieurs à ceux que donnait le traitement par la prostigmine. Par contre, alors que la malade paraissait bien supporter le médicament, des accidents sérieux d'œdème aigu du poumon obligèrent à interrompre la cure. Ces accidents furent jugulés par l'injection sous-cutanée de 2 milligr. 5 de prostigmine. Les auteurs soulignent les dangers du traitement par la cortine de synthèse.

Un cas d'avitaminose chez un nourrisson. — M. Ridadeau-Dumas. — Un enfant de 6 mois qui présenta des accidents infectieux et notamment une otite ; il reçut 23 grammes de sulfamide répartis sur un mode ; fut opéré de mastoïdite, et, quatre à cinq jours après présenta une hématémèse de sang rouge, en même temps qu'apparaissait une ecchymose au point d'inoculation du sérum et du purpura. Le traitement fut institué à la dose de 10 centigrammes de vitamine K par jour ; on obtint rapidement une coagulation plus forte et une amélioration de l'état général.

Anévrysme de l'aorte abdominale. — Mme Roudinesco présente une pièce d'anévrysme de l'aorte abdominale qui s'était constitué en un mois seulement et avait été diagnostiqué grâce à l'expansion de la tumeur abdominale.

Spirochètose ictero-hémorragique. — M. Marguery présente un cas où le tableau était complet et typique, et où se surajoutaient des hématémèses peu importantes et récidivantes qui ne cédèrent qu'à l'emploi énergique de la vitamine K.

Séance du 20 mars 1942

Réticulose métaplastique maligne aiguë et leucose aiguë terminale. — MM. Duvoir, Poumeau-Delille et Mlle Lindeux.

Méningite à staphylocoques dorés guérie par le sulfathiazol non méthylé ou 2090 R P. — M. P. Novail (Alger).

Séance du 27 mars 1942

Cardiomégalie et péricardite dans le myxœdème. — MM. Garcin, Lenègre, Welti et Salet. — Femme de 51 ans atteinte de myxœdème typique présentant à l'examen radiologique une cardiomégalie considérable. Une ponction du péricarde ramène un liquide citrin à rivalta négatif. Existait une pleurésie gauche. L'opothérapie modérée (corps thyroïde) ramena la dimension du cœur à la normale et fit disparaître le myxœdème. Il existerait une péricardite myxœdémateuse et les gros cœurs du myxœdème acquis sont en rapport avec un œdème myo-péricardique hypothyroïdien.

Scissure des cardiaques. — MM. Laubry, Lenègre, Bach. — Etude par les radiographies des réactions scissurales dans l'asystolie : Opacités linéaires et rubanées, opacités en bande, en ellipse, en raquettes, ou arrondies. Les premiers types résultent d'un œdème sous-pleural ou d'une symphyse interlobaire ; les autres tiennent à un épanchement interlobaire. Ces réactions scissurales font connaître les lésions parenchymateuses et représentent en outre un élément d'appréciation des troubles de la petite circulation et la valeur fonctionnelle du myocarde.

Sur le traitement des anémies hypochromes par les extraits hépatiques. — Mme Ambard, Mlles d'Autheville et Buck. — Observations d'anémie hypochrome dans laquelle le fer, même à dose élevée, ne donnait pas d'amélioration ni sur le chiffre globulaire ni sur l'hémoglobine et dans lesquelles les injections d'extrait hépatique amenaient l'amélioration de ces deux chiffres. De plus, les auteurs insistent sur le fait que pour juger de l'effet de l'extrait hépatique, au début du traitement, il est plus utile de s'en rapporter à son effet sur l'état général qu'à son effet sur le sang.

Les auteurs rapportent des observations dans lesquelles le traitement par le fer a eu beaucoup plus d'effet que le traitement martial non seulement sur le chiffre globulaire mais aussi sur le taux de l'hémoglobine.

Les mesures microélectriques du revêtement cutané et leurs rapports avec le Ph. — MM. Flandin et Van der Elst exposent les raisons qui doivent faire préférer ces mesures plus précises à l'appréciation approchée du Ph cutané.

Un cas de lèpre. — MM. Flandin et A. Banet présentent une forme de lèpre nerveuse, grave, ayant évolué par poussées fébriles et articulaires pendant six ans avant d'aboutir à un état grave quadriplégique avec atrophie musculaire, greffes, ulcérations.

Le traitement par cinnamate de diéthyl choalimengryle amena une amélioration très rapide.

SOCIETE DE BIOLGGIE

Séance du 14 février 1942

Sur l'évolution de Leptospira ictero-hemorragiæ. Granule leptospirogène. — MM. L. Gastinel et R. Mollinado montrent que, en culture pure, *L. ictero-hemorragiæ*, comme beaucoup d'autres spirochètes, prend un mode de division hétérotypique à mesure que les cultures vieillissent ; puis, apparaissent des granules spirochétogènes, dont la signification reste discutable.

Inactivation par le poumon d'une substance hypertensive d'origine rénale ? — MM. Léon Binet et Daniel Bargeton, en perfusant un poumon isolé avec du sang additionné ou non de rénine, ont constaté nettement une atténuation ou une inactivation de la rénine par passage à travers le poumon.

Ils posent la question de l'intervention du poumon, au cours de l'hypertension rénale, dans l'inactivation de la substance hypertensive provenant du rein.

Mesures de corrélation dans la morphologie scapulaire des jumeaux. — M. R. Turpin, Mlle Tisserand, Mmes G. Bernyer et Caspar-Fonmarty ont étudié, chez dix-sept paires de jumeaux dizygotes et dix-neuf paires de jumeaux monozygotes, la forme du segment sous-

épineux du bord spinal de l'omoplate et ont trouvé une corrélation nette dans les deux cas, mais particulièrement forte entre les jumeaux monozygotes.

Etude corrélative des sinus frontaux des jumeaux. — M. R. Turpin, Mlle Tisserand, Mmes G. Bernyer et Caspar-Fonmarty concluent à une ressemblance des sinus frontaux nettement plus marquée chez les jumeaux monozygotes.

L'indice kinétique dans l'action hépatopoiétique de la xanthine. — MM. Noël Fiessinger et Jacques Loeper ne confirment pas le rôle de protection absolue attribué à la xanthine et aux substances chimiques du même groupe, au cours de l'hépatite expérimentale par le tétrachlorure de carbone ; ces substances chimiques, dans des intoxications minimes et répétées, activent les phénomènes d'hyperplasie et de division du noyau de la cellule hépatique.

Les effets de l'ablation occipitale et pré-occipitale chez le lapin. — MM. R. Messimy et R.-J. Chevallier constatent que l'ablation occipitale ou pré-occipitale ne provoque aucun des symptômes observés après ablation du cerveau antérieur ; l'ablation des pôles occipitaux provoque une cécité. Sur six animaux, un seul a montré une catalepsie transitoire associée à une chute du poids.

Le déciduome provoqué et l'ouverture de la symphyse pubienne chez le cobaye. — MM. R. Courrier et G. Poumeau-Delille montrent que ces deux processus, qui encadrent la gestation chez le cobaye, peuvent être provoqués chez la femelle castrée au moyen de proportions variables d'hormones ovariennes cristallisées, mais ne peuvent être obtenus en même temps.

Modifications apportées à la composition du muscle du rat blanc, préalablement rachitisé, par addition au régime de carbonate de strontium et de quelques phosphates. — M. R. Lecoq a cherché à approfondir le mécanisme de l'aggravation du rachitisme provoquée par addition de carbonate de strontium au régime, de l'action antirachitique des phosphates de magnésium et de strontium, et de l'absence de calcification des lésions osseuses avec le phosphate tricalcique et le phosphate de manganèse. Les troubles du métabolisme phosphocalcique retentissent par ailleurs sur le métabolisme des glucides.

Comparaison des œdèmes par déséquilibre alimentaire observés en clinique et des œdèmes de nutrition obtenus expérimentalement. — M. R. Lecoq signale que des œdèmes de nutrition, analogues à ceux que l'on observe en clinique avec les régimes actuels, pauvres en protides et riches en glucides, peuvent être expérimentalement obtenus chez le jeune rat maintenu à un régime exclusif de chocolat et de substances de lest. Des expériences parallèles effectuées chez le pigeon montrent qu'il s'agit là d'œdèmes « par déséquilibre alimentaire », se rapprochant de ceux du béribéri humide, mais non influencés par l'administration de vitamines B.

Recherches sur le chimiotactisme leucocytaire. Identification d'une substance chimiotactique présente dans le pus : le glycogène. — M. A. Delaunay, Mme M. Delaunay et M. L. Nicol montrent que le glycogène, provenant en majeure partie des polynucléaires des abcès et présent dans le pus, explique jusqu'à un certain point l'agglomération des polynucléaires au sein des abcès.

Séance du 28 février 1942

Variations du glutathion suivant l'âge du sujet. — M. Léon Binet et Mme Poutonnet ont constaté que, chez les animaux et chez l'homme, le taux du gluthation peut s'élever dans les tissus, avec l'âge.

Ils tiennent à souligner ce fait, à l'heure où le problème de l'alimentation des vieillards se trouve posé d'une façon si urgente.

A propos de la présence du granule spirochétogène chez la souris expérimentalement syphilisée. — MM. P. Gastinel et R. Mollinedo ont retrouvé dans les ganglions lymphatiques, la rate et la peau du périnée de souris syphilisées, le granule spirochétogène décrit et défini par Séguin.

Les sels biliaires ne sont pas prurigènes. — MM. M. Brulé et Jean Cottet, par injection lente, prolongée une demi-heure, de divers sels biliaires, ont obtenu dans le sang une concentration élevée, sans provoquer de prurit. D'autre part, les cuti-réactions, les intradermo-réactions, l'application sur la peau de vernis riches en sels biliaires, ne provoquent pas de prurit. D'ailleurs, en clinique, chez de nombreux ictériques la teneur du sang en sels biliaires n'est nullement parallèle à l'intensité du prurit.

Les démangeaisons des ictériques seraient sans doute liées à un corps intermédiaire, voisin des acides aminés aux dépens desquels se forment les sels biliaires.

L'action pharmacologique des vitamines dans les troubles nerveux avitaminosiques. Possibilité d'effets correcteurs non spécifiques. — Mmes B. Chauchard et H. Mazoué et M. Paul Chauchard montrent que dans l'action thérapeutique spécifique des vitamines (B_1 et A) vis-à-vis des troubles nerveux fonctionnels des avitaminoses correspondantes, entre en jeu un changement de leur pouvoir pharmacologique : une dose de vitamine, excitante sur le sujet normal, devient calmante sur les centres excités par la carence.

Un amendement transitoire de ces mêmes troubles peut être obtenu en dehors de toute spécificité : injection d'acide ascorbique dans l'avitaminose B_1, d'aneurine dans l'avitaminose A, par exemple.

Existe-t-il des réserves en a. ascorbique ? — MM. A. Giroud, A.-R. Ratsimamanga et H. Chalopin montrent que, si une bonne vitaminisation préalable assure une plus grande résistance à la carence C, cela ne dépend pas de la présence de réserves au sens propre du terme ; c'est le résultat du meilleur état physiologique de l'organisme au départ.

Election. — M. A. Thomas est élu au second tour de scrutin membre de la Société.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 17 février 1942

Présentation de jumeaux univitellins. — MM. Heuyer, Hurez et Felel présentent deux jumeaux univitellins, nés avant terme et débiles, actuellement âgés de 5 ans et demi, et qui présentent, l'un un syndrome de Little avec retard intellectuel et l'autre une hémiplégie cérébrale infantile avec niveau psychique normal. Ces enfants ont, par ailleurs, des signes nets d'hérédo-syphilis ; la mère était de plus alcoolique. Ce cas vu à l'encontre de l'identité des manifestations morbides chez les jumeaux univitellins.

Deux cas de dolichosténomélie. — MM. Heuyer, Hurez et Felel présentent un enfant de 13 ans atteint de dolichosténomélie très nette avec cataracte congénitale bilatérale, énophtalmie et retard intellectuel.

Leur second cas concerne une fillette de même âge chez qui les malformations des membres sont moins évidentes mais chez qui les troubles oculaires sont par contre typiques. Cette enfant est retardée psychiquement et est encore énurésique.

Deux autres cas de dolichosténomélie. — M. Roederer rapporte deux observations de dolichosténomélie dont l'une a trait à une jeune fille de 14 ans, dolicocéphale et cyphotique, aux mains longues et fines, aux pieds longs et plats, et qui présente les signes oculaires habituels, subluxation du cristallin et myopie, ainsi qu'une insuffisance mitrale.

Le second cas concerne un garçon scoliotique de 11 ans et demi, atteint d'une forme fruste avec légère myopie, mais sans aucune autre anomalie congénitale.

Sulfamidothérapie et encéphalopathie post-vaccinale. — M. de Grailly rapporte l'observation d'une enfant de 10 ans et demi, vaccinée sans succès, en bas âge, chez qui une revaccination détermina une éruption très intense avec escharre, compliquée de phénomènes nerveux encéphalitiques, ataxo-adynamie, délire, hyperesthésie, fièvre élevée. Le liquide céphalo-rachidien ne contenait que quelques lymphocytes. Il obtint la guérison rapide de tous les symptômes par la sulfamidothérapie et l'enfant finit par guérir sans aucune séquelle. Il a retrouvé un cas analogue dans la littérature et des faits comparables ont été signalés au cours de l'épidémie de variole de Saragosse en 1940.

Ostéite fibrokystique d'un corps vertébral. — M. Sorrel rapporte l'observation d'un enfant de 6 ans chez lequel il a constaté l'existence d'une ostéite fibrokystique de la sixième vertèbre dorsale, reconnue sur la radiographie et confirmée par la biopsie. Ce cas se complique de troubles pyramidaux améliorés après l'intervention chirurgicale, au cours de laquelle ont été réséquées l'apophyse épineuse et les lames vertébrales de D_6. Un trouble marqué du métabolisme calcique a diminué après ablation d'une parathyroïde normale.

Un mongolien sans cou. — M. Paisseau présente les photographies et radiographies d'un nourrisson atteint de mongolisme et porteur d'une cardiopathie et d'un syndrome de Klippel-Feil. L'association du facies mongolien, de l'absence de cou et de la cyanose lui donnent un aspect singulier.

Les radiographies montrent la réduction du nombre des vertèbres cervicales et la déformation de trois d'entre elles.

Méningite à pneumocoques d'un enfant de 3 ans. Guérison après rechute. Traitement par la sulfamidothérapie. — M. Barbé (du Mans).

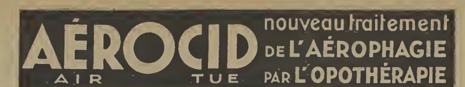
Séance du 17 mars 1942

Un cas de paralysie obstétricale du plexus brachial avec paralysie phrénique. — Au cours d'un examen systématique du thorax au cours d'une paralysie du plexus brachial, MM. Rossier et Deuil découvrent à la radioscopie une élévation considérable de l'hémidiaphragme droit. Aucune régression après deux mois d'évolution. Ils insistent sur la nécessité de cet examen systématique.

Vaccine généralisée atypique. — MM. G. Semelaigne, Paul Lefèvre et Guillaume Hallé. — Présentation de malade.

Trois cas de blépharite vaccinale. — M. Jean Voisin précise les caractères de cette localisation palpébrale de la vaccine : longue pustule étirée le long du bord libre avec importante adénite pré-auriculaire, puis lésion oculaire. Guérison aisée sans extension à la conjonctive ou à la cornée.

Leucose aiguë à rechutes. Etude du myélogramme. — MM. M. Lamy, J. Marie et G. Ledoux-Lebard ont vu une leucose aboutir en cinq mois à la mort après une rémission d'un mois pendant laquelle tous les symptômes avaient disparu. Seul le myélogramme a permis d'emblée de porter le diagnostic de leucose et son pronostic fatal.



un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

OPOCERES Reconstituant Biologique général

1 à 4 comprimés par jour

-LABORATOIRES DE L'AEROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS-8e-



DOSAGE NORMAL — AMPOULES — DOSAGE FORT

Ampoules de 1cc. dosées à 2 milligrammes. Boite de 6. 1 ampoule tous les jours ou tous les 2 jours et plus (voie sous-cutanée)

Ampoules de 1cc dosées à 10 milligrammes. Boite de 3. ampoules tous les 2 ou 3 jours et plus (voie sous-cutanée)

COMPRIMÉS dosés à 1 milligramme. Flacon de 20. 1 à 4 comprimés par jour selon les cas.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon - PARIS (4e)



Laboratoires J. LAROZE - 54, rue de Paris - Charenton (Seine)



FERMENTS LACTIQUES

BULGARINE THÉPÉNIER

Bouillon, Comprimés, Gouttes

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)

DIASTASES ET VITAMINES DE CROISSANCE

AMYLODIASTASE THÉPÉNIER

Comprimés et Sirop

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)

Polymorphisme clinique de la leucose aiguë de l'enfance. — MM. S. Thieffry et Jacques Gerbeaux.

Caractères cytologiques du sang des prématurés venus au monde en période de restriction alimentaire. — M. de Grailly a noté sur quarante cas une hyperglobulie avec diminution de la valeur globulaire, anisocytose et poïkilocytose, sans modifications de la formule blanche.

La consultation d'urologie infantile de l'hôpital Trousseau. — M. J. Marcel. — Etude statistique de 675 urographies intraveineuses.

Chancre d'inoculation tuberculeux à siège gingival chez un enfant de 5 ans. — M. S. Thieffry.

Idiotie amaurotique hérédo-syphilique. — MM. R. Marquézy, Dollfuss et de Matre.

Fissure transversale des os. — M. Sorrel présente les radiographies de ce fait rare et de pathogénie inconnue.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 décembre 1941

Recherches sur le choc. — M. le professeur Léon Binet montre l'organisation de recherches poursuivies sur le choc en 1940. Il souligne l'existence des liaisons, l'installation de centres anti-choc et l'activité des laboratoires de recherches.

Le choc histaminique a retenu l'attention du rapporteur. L'étude détaillée de ce dernier, poursuivie avec M. Strumza et Mlle Poutonnet, conduit à des conceptions thérapeutiques pratiques : injection intraveineuse d'un sérum artificiel chloruré, bicarbonaté et hyposulfité sodique qui empêche la mort menaçante. Maintenir le succès obtenu par la technique du sang dilué, par le sérum hypertonique, par la cortine.

A propos d'un cas de luxation temporo-maxillaire bilatérale considérée comme irréductible. — M. Darcissac.

Fracture spontanée du fémur par métastase cancéreuse du sein. — Mme Brian-Garfield.

Kyste dermoïde tordu de l'ovaire chez une enfant de cinq ans. — M. D. Benoist.

Notice. — M. Dufourmentel annonce le décès de M. René Bonamy.

Séance solennelle du 16 janvier 1942

Allocution du président : M. Dufourmentel.

Eloge funèbre de : M. Blanc par M. Lavenant ; M. Dartigues par M. Peugniez ; M. Hautefort par M. Planson.

Séance du 22 janvier 1942

A propos de la communication du Prof. Léon Binet sur le choc traumatique. — M. André Raiga tient à mettre en lumière, à côté de l'intérêt pratique soulevé par le résultat thérapeutique des recherches du professeur Léon Binet sur le choc traumatique, l'intérêt didactique de cette conférence.

A propos du traitement roentgenthérapique des métastases osseuses du cancer du sein. — M. Marcel Joly, d'après une statistique personnelle qui repose pour la plus grande partie sur des cas confiés à la roentgenthérapie après opération, estime que les métastases osseuses du cancer du sein se chiffrent à 17,5 %. Elles sont toujours d'une radiosensibilité élevée. La roentgenthérapie procure, toujours et rapidement, une sédation des douleurs et presque toujours la disparition totale de celles-ci. La recalcification est la règle et on obtient souvent la *restitutio in integrum* lorsqu'il n'y a ni effondrement ni fracture. Mais cette guérison apparente n'empêche pas la marche de la cachexie et ne prévient pas contre de nouvelles localisations métastatiques.

Suites éloignées d'une gastro-entérostomie au bouton. Chute du bouton dans l'estomac. Oblitération spontanée de la bouche. — M. Séjournet. — Après avoir passé en revue les inconvénients et les avantages du bouton, l'auteur conclut que le bouton ne peut être utilisé qu'à titre exceptionnel en chirurgie gastrique.

Un cas de torsion abdominale du grand épiploon. — M. Cnureau (de Châtillon-sur-Seine) présente l'observation d'un homme de 42 ans qui lui est adressé pour appendicite aiguë. A l'opération, il tombe sur une masse noirâtre qui n'était autre que la partie inférieure tordue du grand épiploon. Il sectionna ce dernier au tissu sain, enleva la masse et le malade guérit sans incidents. L'auteur rapporte ensuite la statistique des cas de cette affection publiés ces dernières années.

Séance du 3 février 1942

A propos de l'emploi du bouton en chirurgie gastro-intestinale. — M. Luquet.

Rupture traumatique de la rate. — M. Et. Bernard.

Kyste suppuré du grand épiploon et apendicite aiguë. — M. Soubrane.

L'ostéosynthèse dans les fractures ouvertes récentes et dans les fractures infectées. — M. Masmonteil.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

Séance du 10 février 1942

La pratique des accouchements en France. — M. Vaudescal expose un projet d'organisation de la pratique des accouchements.

Schématiquement il prévoit un poste central, la maternité dirigée par un accoucheur spécialisé, et dans un rayon de vingt kilomètres des postes de secours-maternité dirigés par des sages-femmes.

Séance du 17 février 1942

Alcoolisme. — M. Perrin (de Nantes).

Froid. — M. Martel expose le problème du transport des viandes de l'Afrique du Nord en France réalisé actuellement d'une façon très satisfaisante grâce à la congélation à — 15°. La congélation doit être rapide et la décongélation lente.

Pain d'armistice et pain de demain. — M. Bruère.

Séance du 3 mars 1942

Maladies épidémiques. — M. Boyé.

Séance du 10 mars 1942

L'instituteur et la défense de la santé publique. — M. Barriès.

Séance du 17 mars 1942

Le pharmacien et l'hygiène. — M. Tabart remarque que le pharmacien, dans les conseils d'hygiène, est surtout consulté sur la question des eaux potables alors qu'il pourrait être consulté dans bien d'autres cas. Il ressort de l'exposé de l'auteur que l'enseignement de l'hygiène devrait être développé dans les facultés de pharmacie et qu'un certificat de bromatologie devrait être créé.

INJECTION
SOUS-CUTANÉE
de 1 centicube
POUR DÉBUTER,
puis 2 centicubes
BOITES DE
SIX AMPOULES
DE 2 cc
LYSATS VACCINS du Dr DUCHON
GYNECO
VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
INFECTIONS
DE
L'APPAREIL
GÉNITO-URINAIRE
DE LA
FEMME

NOTES POUR L'INTERNAT

INTOXICATION BARBITURIQUE

Une des causes les plus fréquentes de comas toxiques.
A l'origine également d'éruptions cutanées et, enfin, d'accidents subaigus et chroniques.

Causes

Dérivés de l'acide barbiturique ou malonylurée ; essentiellement *gardénal* et *véronal* ; mais également dial, sonéryl, somnifène, etc.

Etiologie clinique

1° *Intoxication massive :*
Volontaire (suicide) ; accidentelle ou criminelle (exceptionnellement) ;
2° *Intoxication subaiguë :*
Toxicomanie (ayant souvent une origine thérapeutique, chez les insomniques ou les anxieux amenés à accroître insensiblement leur dose quotidienne).

I. — *LE COMA BARBITURIQUE.*

Début

a) Marqué parfois par une *phase précomateuse* caractérisée par deux signes :
— Etat vertigineux ou *ébrieux* (ivresse barbiturique) ;
— *Vomissements.*
b) Souvent ce stade fait totalement défaut : coma d'emblée.
Période de coma :
Il s'agit, en général, d'un sujet jeune, une femme le plus souvent, amenée d'urgence dans le coma.
1° *Aspect :*
a) *du coma :*
Coma profond avec abolition complète de la sensibilité ;
Souvent abolition des réflexes tendineux ;
Sans agitation ;
Sans hypertonie (résolution musculaire totale).
b) *du malade :*
Facies rouge, vultueux.
Etat relativement satisfaisant du malade, contrastant avec la profondeur de la perte de la conscience.
2° *L'examen neurologique* montre :
L'absence de signes de localisation : pas de paralysie ; pas de signe de Babinski.
En revanche, existent fréquemment :
3° *Des troubles respiratoires et pupillaires :*
— Respiration irrégulière, parfois périodique ;
— Pupilles en mydriase ; rarement en myosis (de signification grave).
4° Enfin *l'examen complet* montre :
— L'intégrité habituelle de *l'appareil circulatoire.*
Pouls bien frappé.
T. A. normale.
— L'existence fréquente de *fièvre.*
a) Tantôt immédiate et durable (de pronostic sévère).
b) Tantôt retardée et passagère (sans gravité).
5° Le *sondage* ramène des urines normales : ni sucre, ni albumine.
Le diagnostic repose sur :
a) La *notion étiologique :*
Qu'on possède fréquemment (tube de comprimés vide ou inachevé découvert auprès de la malade, et que souvent l'entourage a apporté).
b) La *recherche des barbituriques dans les urines :*
— Méthode chimique : la plus habituelle : permet de caractériser le corps ingéré.
— Méthode physiologique a été proposée : injection au lapin.
Dès le diagnostic posé, traitement d'urgence : *Strychnine à hautes doses.*

Evolution

a) *Formes à évolution favorable* (les plus fréquentes) :
En 24 heures, amélioration.
En 3 à 4 jours, disparition de l'obnubilation.
Quelquefois le décours du coma est marqué par des troubles délirants (agitation).
b) *Formes à évolution fatale :*
— Soit rapidement (en 12 à 24 heures), parfois avec brusque poussée thermique.
— Soit lentement, où le coma se prolonge plusieurs jours et où la mort survient du fait de l'apparition d'un *foyer pulmonaire* (broncho-pneumonique ou œdémateux).
La strychnothérapie parvient cependant, quelquefois, à éviter l'évolution fatale de ces formes prolongées, et c'est parfois après plusieurs jours de coma que s'obtient le retour de la conscience.

II. — *ACCIDENTS CUTANEO-MUQUEUX :*

Au cours d'un coma :
Ou chez un malade traité régulièrement par les barbituriques (épilepsie).
Date : 9 jours après l'absorption du toxique, en moyenne.
Aspect : a) Tantôt érythème *morbilliforme* ou *scarlatiniforme ; b)* tantôt *prurit, urticaire,* œdème rappelant l'*œdème de Quincke ; c)* tantôt *purpura ; d)* quelquefois éruption *érythémato-vésiculeuse.*
Evolution : Guérison rapide. Souvent le traitement peut être repris sans incident.

III. — *BARBITURISME SUBAIGU ET CHRONIQUE :*

Complication de la toxicomanie barbiturique.
1° Accidents psychiques :
Somnolence.
Troubles du caractère.
Quelquefois véritables psychoses.
2° Accidents nerveux :
Peuvent donner lieu à des troubles moteurs, oculaires, des troubles de l'équilibre et de la parole pouvant simuler une *sclérose en plaques,* une *paralysie générale,* une *encéphalite épidémique.*
3° Accidents douloureux :
Arthralgies, myalgies.
Rarement rhumatisme barbiturique véritable.

Diagnostic

Se pose dans le cas du coma, lorsqu'on n'a pas la notion de l'intoxication causale (ne pas méconnaître d'ailleurs la possibilité d'intoxications associées).
En pareil cas, nécessité d'une élimination systématique des diverses causes de comas :
a) *Comas neurologiques :* signes de localisation.
b) *Comas organiques :*
Coma urémique : son aspect peut rappeler celui du coma barbiturique, mais altération massive de l'état général ; dosage d'urée.
Coma diabétique.
c) *Comas par intoxication externe :*
Coma alcoolique : Cf. phase ébrieuse du coma barbiturique.
Coma oxycarboné.
Coma chloralosique : fréquence actuelle ; même étiologie (tentative de suicide par absorption d'hypnotique) ; mais existence d'une hyperexcitabilité neuro-musculaire remarquable ; et mise en évidence du chloralose dans les urines.
Intoxications diverses.

PRENEZ PLUTOT un comprimé de CORYDRANE
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
ACÉTYL - SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE
l'aspirine qui remonte
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

Dans tous ces cas le diagnostic repose sur :

1° Une enquête étiologique serrée ;

2° La recherche du toxique dans les urines.

TRAITEMENT

Traitement général :

Lavage d'estomac (si malade vu précocement).
Réchauffer. Position demi-assise. Réhydratation (sérum glucosé).
Huile camphrée, adrénaline.

Traitement spécifique :

1° *Strychnine :* a transformé le pronostic.

— Gravité modérée : 0 gr. 01 toutes les heures (la première injection I. V.).

— Cas graves : 0 gr. 03, 0 gr. 04, 0 gr. 05 d'emblée.

Continuer le traitement en suivant, pour trouver la dose optima :

a) L'amélioration du coma ;

b) L'apparition des signes d'intoxication strychnique : contracture ; secousses convulsives.

2° *Coramine.*

3° *Caféine.*

4° Inhalations de *carbogène* (qui ont pu agir après échec de la strychnine, et permettent de pallier aux troubles du rythme respiratoire).

P. MOZZICONACCI.

INFORMATIONS

(suite de la page 214)

Le cours durera du 26 mai au 17 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques. Peuvent s'inscrire à ce cours : 1° Les docteurs en médecine et par exception les étudiants à scolarité terminée, français et du sexe masculin ; 2° Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et salle Béclard de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf samedi après-midi. Le droit à verser est de 250 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'Hygiène.

Clinique Médicale des Enfants (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — M. Julien Marie, médecin des hôpitaux, fera à la Clinique Médicale des Enfants (amphithéâtre de la Policlinique) une série de quatre leçons consacrées aux : troubles du métabolisme de l'eau chez l'enfant. Les leçons auront lieu le vendredi, à 11 heures, à l'Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Mariage

Le docteur et Mme Henry Aurenche, 8, rue Belgrand, à Paris, font part du mariage de Mlle Denise Aurenche, leur fille, avec M. le docteur Pierre Corre.

Naissance

M. Bernard Duhamel, interne des hôpitaux de Paris et Mme Bernard Duhamel ont la joie de faire part de la naissance de leur fils Pascal, Paris, le 7 avril 1942, 31, rue de Liége (8e).

Renseignements

Professeurs, conférenciers qui désirez conserver le texte intégral de vos cours ou conférences, adressez-vous à : Yolande GAMBIER, sténotypiste de discours spécialisée, 31, rue Lemercier, Paris (17e), Marcadet 41-80.

Nécrologie

On annonce la mort de Mme P. Ménière, décédée à Paris, le 4 avril 1942, dans sa 88e année. Elle était la mère et la belle-mère de Mme et du docteur Morisetti, de Mme et du docteur Monthus, médecin honoraire des hôpitaux, à qui nous adressons nos bien vives condoléances.

— Nous apprenons également la mort, survenue le 13 avril, de Mme Gautier, femme de notre confrère le docteur J. Gautier, ex-médecin de l'hôpital de Versailles, que nous assurons de notre sincère sympathie.

Ordre des Médecins

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

Communiqué

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins fait connaître aux confrères que, par suite de la diminution de l'allocation d'essence faite au Corps Médical, le service des taxis médicaux de l'Hôtel-Dieu est supprimé à partir du 12 avril.

Les services de Necker et Marmottan continuent à fonctionner normalement.

CHRONIQUE

Fantaisie alimentaire

Il serait superflu de parler des fantaisies du ravitaillement s'il ne s'agissait d'un sujet qui nous touche d'aussi près que nos étudiants.

Les étudiants vétérinaires sont dégagés de tout souci alimentaire ; leurs écoles leur fournissent des repas qui, à tout bien prendre, valent mieux que ceux qu'on peut trouver dans les restaurants ; ce n'est pas diminuer, d'autre part, le mérite de ces jeunes gens que de dire que leurs études ne les exposent guère aux maladies contagieuses.

Les étudiants en médecine, eux, doivent pourvoir à leur nourriture dans des conditions difficiles tant au point de vue de la quantité que de la qualité ; s'ils ne sont pas tous en contact direct avec des contagieux, il leur faut, chaque jour, passer de longues heures dans l'atmosphère des salles d'hôpital : la liste des victimes est assez éloquente pour qu'il ne soit pas besoin d'insister.

On pourrait penser que, dans ces conditions, la carte T a été attribuée à ceux de ces étudiants qui se trouvent être les plus exposés ; qu'au moins, les uns et les autres ont été également traités. Ce serait mal connaître le Ravitaillement : il a attribué la carte T aux étudiants vétérinaires et n'a pas cru devoir la donner aux étudiants en médecine !

N'y a-t-il pas là matière à réflexion pour les diverses institutions qui ont la charge de la défense de la Médecine présente et future ?

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Cent pas autour de ma maison, par M. le Professeur Léon BINET, membre de l'Académie de Médecine. Un volume in-8° de 108 pages, prix : 21 fr. Le Mercure de France, Paris 1941.

Voici un charmant livre écrit par un éminent physiologiste qui aime les animaux et sait les observer en liberté aussi bien qu'au laboratoire. Les « Cent pas » de M. Binet l'amènent à nous rappeler ou à nous faire connaître de très curieux détails sur la vie et les mœurs des animaux. Dans ses récits, la physiologie et la thérapeutique ne perdent pas leurs droits : « En regardant mon chien, écrit l'auteur, je ne cesse de penser aux hommes. » Ainsi, chacun des chapitres de ce volume est une leçon de choses où le médecin comme l'étudiant, le biologiste comme le physiologiste, le chasseur même, sont instruits par un maître qui les mène de surprises en enchantements. En lisant le livre de M. Binet chacun de nous se découvre enfin une âme de terrien attaché plus profondément que jamais aux champs et aux bois de notre cher pays de France.

F. L. S.

Tacite et les présages, par A. SOUQUES. Lyon, 1942, in-8°, de 99 pages.

Une partie, et non la moindre, de cette élégante plaquette traite des présages médicaux. Pourquoi son auteur ne lui donnerait-il pas une suite en consacrant son activité, qui ne faiblit pas, à la psychologie de Tacite ? Il possède toutes les qualités nécessaires pour mener à bien cette tâche : « La multiplicité des connaissances qui *lui* fournit, comme à son insu, « une foule d'agréments (*Dialogue des orateurs,* « XXXII), *l'esprit de finesse* nécessaire pour « expliquer l'attitude d'un Tibère envers ses « ennemis, trouvant, qu'ils parlassent ou qu'ils « se tussent, du crime à leurs silences comme « à leurs discours (*Annales,* IV, 60) ; la sérénité « du sage qui peut penser librement et dire ce « qu'*il* a pensé (*Histoires,* I, I). Qui mieux que « lui saurait commenter cette brève et terrible « maxime : *Vitia erunt, donec domines? (Histoires,* IV, 74). »

L. BABONNEIX.

Le Formulaire Astier, 9e édition (1942). Un volume in-18 raisin, 1.300 pages, reliure peau souple. Prix : 90 francs (1). Le Monde Médical, Ed., 42, rue du Docteur-Blanche, Paris.

Tous les trois ans nous étions habitués à voir paraître le « Formulaire Astier ». La 9e édition n'était prévue que pour 1943 ; elle vient cependant de nous parvenir. Malgré toutes les difficultés de l'heure actuelle, le « Formulaire Astier », se présente avec la même élégance de forme, avec le même souci d'exactitude que précédemment. Son importance s'est accrue : il mériterait le nom de traité de thérapeutique. Toutes les questions d'actualité ont, en effet, trouvé le développement qui s'imposait, qu'il s'agisse des sulfamides, des vitamines, des questions de régime, des médications ou des techniques nouvelles, l'excellent formulaire n'est jamais pris en défaut. En vérité, l'ouvrage a été presque entièrement refondu. Les dirigeants et les très éminents collaborateurs du *Monde Médical* ont bien atteint le but qu'ils se proposaient : rester le *vade-mecum* indiscuté et indispensable auquel on ne fait jamais appel en vain.

(1) Réduction de 40 % au Corps médical.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

TUBERCULOSES COURANTES
OKAMINE SIMPLE
AMPOULES ET DRAGÉES
(Formule n° 2)
du Docteur HERVOUËT

TUBERCULOSES GRAVES OU REBELLES
OKAMINE CYSTÉINÉE
AMPOULES
(Formule n° 3)
du Docteur HERVOUËT

P. BUGEARD, Pharm. OKAMINE 13, RUE PAVÉE - 4e

Vient de paraître

LA 9ME ÉDITION DU

FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**

Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs

Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**

Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS

Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00

Granules CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à **l'Académie de Médecine** dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et des **VIEILLARDS** etc.

Granules de CATILLON à 0.0001 **STROPHANTINE** CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — **TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine " Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE



ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre

BOLDINE HOUDÉ

Remplace avantageusement
toutes les préparations de Boldo

LABORATOIRES HOUDÉ, 9, RUE DIEU, PARIS (10e)



RHUMES,
CATARRHES,
BRONCHITES,
ENROUEMENTS,
MALADIES DU NEZ
GORGE & BRONCHES
MALADIES DE
LA PEAU
ETC.

SULFUREUX POUILLET

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EN BOISSON
Une mesure pour 1 verre
d'eau sulfureuse.
Échantillon sur demande.

EN BAINS
1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS
1 à 2 compr. par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS



Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines



Pour avoir récolte au verger faut de bonne heure le fortifier

Deficiences
organiques

Comprimés • Injections de 1 c.c. • Granulés

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19





N° 22. — 23 MAI 1942 115e ANNEE Ce numéro : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger, 1re zone, 1[illegible] fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux Paris* [illegible]-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX 1942 (Jury du concours spécial pour dix places d'admissibles). MM. les docteurs : Herscher, Troisier, Weissenbach, Milhit, Nicaud, Loeper, Brodin, Stevenin, Ch. Richet, Paisseau, Bourgeois, Brulé, Marchal, A. Ravina, Lelong, Pruvost, L. Ramond, Debray.

PREMIER CONCOURS DE NOMINATION. *Epreuves écrite et clinique.* — MM. Fouquet, 19,81 + 20 = 39,81. — Joseph, 20 + 20 = 40. — Mauric, 19,81 + 20 = 39,81.

Classement. — 1. M. Joseph, 40 ; 2. M. Mauric, 39,81 ; 3. M. Fouquet, 39,81.

JURY DU CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. MM. les docteurs : Baumgartner, Gueullette, Funck-Brentano, Bergeret, Raymond Bernard, Maurer, Huber.

JURY DU CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. MM. les docteurs : Ecalle, Cleitz, Ravina (Jean), Portes, Lantuéjoul, Devraigne, Cathala (Victor), Faure-Beaulieu, Berger.

CONCOURS D'ATTACHÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE AVRIL 1942. — Epreuves sur titres (25 points). MM. Baffard, 3 ; Daverne, 5 ; Degand, 8 ; Faidherbe, 7 ; Grain, 7 ; Granje, 7 ; Huant, 7 ; Lefranc, 4 ; Loiseau, 7 ; Marquis, 12 ; Morin, 7 ; Mlle Mottez, 8 ; Noix, 10 ; Perroy, 9.

Epreuves pratiques : Radiothérapie (roentgenthérapie et curiethérapie (25 points). — MM. Degand, 23 ; Grain, 24 ; Grange, 24 ; Huant, 18 ; Morin, 22.

JURY DU CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. MM. les docteurs : Abrami, Vignes, Pillot, Bidel, Bricet, Laurent, Ferry.

— Le Président de l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux nous prie d'annoncer qu'une place de chirurgien assistant, réservée aux anciens internes des hôpitaux de Paris, est vacante à L'HÔPITAL MARMOTTAN. Traitement 45.000 fr., logement, garde un jour sur trois. S'adresser au bureau du Service de Santé, 3, avenue Victoria.

Hôpital Paul-Brousse. — Un concours pour la nomination d'internes en médecine à l'Hospice Paul-Brousse, à l'Institut du Cancer et à la Maison de retraite de Villejuif, et éventuellement la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira le 20 juillet 1942. Pourront prendre part au concours : 1° Les élèves externes des Hôpitaux de Paris ; 2° Les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service de l'Assistance Départementale, 1er Bureau, Annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures du 11 au 23 mai inclus.

Tous renseignements concernant les natures et épreuves du concours et la situation des internes à l'Hospice Paul-Brousse sont dès à présent fournis en s'adressant au Service des Etablissements départementaux d'assistance.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Une place de médecin-chef de service et une place de médecin-adjoint sont à pourvoir à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (14e).

Le concours est un concours sur titres. Les candidats pourront se présenter le matin de 10 h. 30 à 11 h. 30, sauf les jeudi et vendredi, ou le mardi après-midi de 15 à 17 heures pour la constitution de leur dossier. Inscription jusqu'au 15 juin 1942.

Hôpital du Raincy (Seine). — Un concours pour une place de médecin titulaire et une place de médecin suppléant s'ouvrira le 17 juin 1942 à l'Assistance publique à Paris. Inscriptions du 25 mai au 2 juin au bureau du Service de Santé de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris (3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage).

Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — Un concours pour une place de chirurgien s'ouvrira le 12 juin 1942 à l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria. Inscriptions du 18 au 27 mai inclusivement au bureau du Service de Santé de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris (3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage).

Hôpitaux de Marseille. — La construction, par l'administration de l'Assistance publique, à Marseille, d'un nouvel hôpital sur des terrains contigus au domaine de l'hôpital de Salvator, a été déclarée d'utilité publique et urgente, en application de la loi du 11 octobre 1940.

Hôpitaux de Rouen. — UN CONCOURS POUR LA NOMINATION D'UN MÉDECIN-ADJOINT DES HÔPITAUX s'ouvrira, le jeudi 9 juillet 1942, à l'Hospice Général, à Rouen. Inscription, avant le 13 juin 1942, à la Direction des Hospices, enclave de l'Hospice Général.

UN CONCOURS POUR TROIS PLACES D'INTERNES TITULAIRES EN MÉDECINE s'ouvrira le jeudi 2 juillet à l'Hôpital Général. Inscriptions avant le 16 juin 1942 au Secrétariat des Hospices.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Alajouanine, agrégé, a été provisoirement chargé de l'enseignement de l'histoire de la médecine, en remplacement de M. Lévy-Valensi.

M. Marchal, agrégé, a été provisoirement chargé de l'enseignement de la pathologie médicale, en remplacement de M. Pasteur Vallery-Radot, transféré depuis le 1er janvier dans la chaire de clinique médicale de la Pitié (Hôpital Cochin).

CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'est ouvert le mardi 19 mai 1942, à midi, à la Faculté de Médecine de Paris.

CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'est ouvert le lundi 18 mai 1942, à midi, à la Faculté de Médecine de Paris.

Faculté de Médecine d'Alger. — Une chaire de clinique des maladies infectieuses a été créée à la Faculté d'Alger et a été déclarée vacante. (*J. O.*, 7 mai 1942.)

— La chaire de physiologie de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est déclarée vacante (dernier titulaire : M. Tournade).

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Abadie, ancien professeur, a été nommé professeur honoraire.

Faculté de Médecine de Lyon. — La chaire de chirurgie opératoire de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante (dernier titulaire : M. Santy).

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Piéri, agrégé, est chargé à nouveau d'enseignement de la clinique exotique.

Faculté de Médecine de Nancy. — La chaire d'anatomie pathologique de la faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante (dernier titulaire : M. Watrin).

La chaire de thérapeutique de la faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante (dernier titulaire : M. Drouet).

Faculté de Médecine de Toulouse. — La chaire d'anatomie médico-chirurgicale de la faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est transformée en chaire de médecine légale et déontologie (dernier titulaire : M. Clermont).

BOLDOLAXINE

A BASE DE FEUILLES FRAICHES DE BOLDO

1 A 2 COMPRIMÉS AVANT LE REPAS DU SOIR

LABORATOIRE ÉMILE CHARPENTIER
7, rue du Bois-de-Boulogne - Paris (16e)

La chaire de pathologie chirurgicale de la faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est transformée en chaire de clinique oto-rhino-laryngologique (dernier titulaire : M. Caubet).

Ecole de Médecine de Limoges. — La chaire de pharmacie et matière médicale de l'école de médecine et de pharmacie de Limoges est déclarée vacante (dernier titulaire : M. Gerald).

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier à titre posthume* : Le médecin lieutenant de réserve Hornus, du 151e R. I., a été cité ; le médecin sous-lieutenant de réserve Grégoire (S. E. V.), du 329e R. I., a été cité ; le médecin lieutenant de réserve Marquet, du 32e Bataillon de chars, a été cité. (*J. O.*, 25 avril 1942.)

Chevalier : M. le médecin lieutenant Jean Chedru, du 158e R. I., Croix de Guerre avec palme. (*J. O.*, 30 avril 1942.)

Médaille d'honneur des épidémies (Algérie). — *Médaille d'or à titre posthume* : Dr Rouffiac (M. A. P.), médecin communal à Tébessa, décédé des suites du typhus contracté dans l'exercice de ses fonctions.
(*J. O.*, 6 mai 1942.)

— *Médaille d'argent* : M. Salin (U. H.), interne en médecine à l'Hôpital civil d'Aïn-Témouchesil.

Médaille de bronze : M. le Dr Gomez (S. G.), médecin communal à Aïn-El-Arba.

M. Ceaux (A.), interne en médecine à l'Hôpital civil d'Oran.

Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé. — Un décret en date du 17 avril 1942 (*J. O.* 19 avril) porte organisation du Service Central de la pharmacie et de l'inspection régionale des pharmacies.

— Par arrêté en date du 24 février 1942, M. le docteur Lesbroussart, inspecteur départemental d'hygiène du Calvados, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite.
(*J. O.*, 29 avril 1942.)

INSPECTION A LA SANTÉ. — Par arrêté en date du 11 mars 1942, M. le Dr Castaigne, médecin inspecteur adjoint de la santé de Lot-et-Garonne, a été mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 15 janvier 1942.

— Par arrêté en date du 12 mars 1942, M. le Dr Abbal, médecin inspecteur adjoint de la santé de Vaucluse, a été nommé inspecteur adjoint de la santé des Alpes-Maritimes.

— M. le Dr Grégoire, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Isère, a été mis en disponibilité sur sa demande, à compter du 1er avril 1942.

LISTE D'APTITUDE A L'EMPLOI DE MÉDECIN INSPECTEUR ADJOINT DE LA SANTÉ. — Par arrêté en date du 18 avril 1942, ont été déclarés aptes à l'emploi de médecin inspecteur adjoint de la santé, à la suite des épreuves du concours ouvert le 10 février 1942 au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé, les candidats dont les noms suivent :

MM. les docteurs Lartigues, Pocoule, Mme le docteur Viguie. (*J. O.*, 29 avril 1942.)

SANATORIUMS. — Par arrêtés en date du 13 avril 1942, M. le docteur Thomson, médecin directeur du sanatorium de la Meynardie (Dordogne), a été nommé médecin directeur du sanatorium de Plougonven (Finistère).

M. le docteur Dussert, médecin adjoint au sanatorium de Boscamnant (Charente-Maritime), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

Mlle le docteur Laffoux, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), a été mise en disponibilité, sur sa demande, à compter du 15 avril 1942. (*J. O.*, 17 avril.)

— M. le docteur Fay, médecin adjoint aux sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain), est nommé médecin adjoint au sanatorium du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), en remplacement de Mlle le docteur Laffoux, mise en disponibilité pour convenances personnelles.

Education Nationale. — Le Centre d'éducation physique et sportive de l'Université de Paris sera installé sur le terrain de « Bullier ». Ainsi vient de le décider un arrêté, inséré au *Journal Officiel* du 1er mai 1942, déclarant d'utilité publique et urgents les travaux et aménagements de ce Centre.

— Par décret en date du 13 mai 1942, M. le Dr Coll de Carrera, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, est nommé directeur de l'éducation générale et sportive en remplacement de M. Jean-Jacques Chevallier.

Ministère de l'Intérieur. — MM. les Drs Francisque Barret et André Porte sont nommés adjoints au maire de la ville de Saint-Etienne (Loire). (*J. O.*, 28 mars 1942.)

— M. le docteur Bouvier a été nommé maire de la ville de Reims en remplacement de M. Marchandeau, démissionnaire pour raisons de santé.

— Un arrêté, en date du 9 avril 1942, fixe le taux de l'indemnité allouée au médecin-chef et aux médecins de la police régionale d'Etat de Lyon. Cette indemnité annuelle est portée à 12.000 francs pour le médecin-chef et à 10.000 francs pour les médecins de circonscription.

Institut National d'Hygiène. — Les crédits ouverts à l'I. N. d'H. pour 1942 sont arrêtés à la somme totale de 15 millions de francs. (*J. O.*, 7 mai 1942.)

— Deux décrets, en date du 16 avril, fixent les cadres du personnel administratif de l'*Institut National d'Hygiène*, et le statut de ce personnel qui sera recruté sur contrat. La rémunération de ce personnel est échelonnée de 24.000 francs à 90.000 francs.

Un troisième décret fixe à 112.500 francs le traitement alloué au directeur de l'Institut National d'Hygiène. (*J. O.*, 25 avril 1942.)

Médecins de l'Air. — UNE INDEMNITÉ SPÉCIALE est attribuée, à dater du 1er janvier 1942, aux médecins de l'Air. Elle est exclusive des indemnités de fonction nos 1 et 2, des indemnités spéciales au personnel navigant et de l'indemnité journalière du service aéronautique, mais elle implique pour les intéressés l'obligation d'accomplir les services aériens qui leur seraient demandés pour l'exercice de leurs fonctions. Le tarif de cette indemnité est de 4.320 francs par an, soit 360 francs par mois, soit 12 francs par jour. (*J. O.*, 25 avril 1942.)

Vaccin autorisé. — Sont autorisées : la préparation et la mise en vente par l'Institut Pasteur d'un vaccin antirickettsien contre le typhus exanthématique, préparé suivant la technique de MM. les docteurs Paul Durand et Paul Giroud. (*J. O.*, 25 avril 1942.)

Industrie du thermalisme. — Un décret, en date du 17 avril 1942 (*J. O.*, 23 avril) fixe les cotisations à recevoir par le Comité d'organisation du thermalisme. Sont assujettis aux cotisations toutes entreprises des stations thermales, toutes activités professionnelles et notamment les médecins pratiquant la médecine thermale. Le montant de la cotisation sera fixé annuellement par un arrêté ministériel.

COMITÉ D'ORGANISATION DE L'INDUSTRIE DE THERMALISME. — M. le docteur Mothe, représentant des établissements thermaux, a été désigné comme représentant des casinos en remplacement de M. Bonjean, décédé.

M. Roumilhac, administrateur de la Compagnie fermière de l'établissement thermal de Vichy, a été désigné comme représentant des établissements thermaux en remplacement du docteur Mothe.

Cours

Conférences organisées à propos de la Semaine Impériale. — Trois conférences seront organisées au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, les jeudi 28 mai, vendredi 29 mai et samedi 30 mai 1942, à 18 heures, avec le programme suivant :

PREMIÈRE CONFÉRENCE. — Jeudi 28 mai. — Professeur E. Brumpt : Les grandes endémies coloniales. Epidémiologie et prophylaxie avec projections.

DEUXIÈME CONFÉRENCE. — Vendredi 29 mai. — Professeur E. Brumpt : Même sujet (suite et fin).

TROISIÈME CONFÉRENCE. — Samedi 30 mai. — Professeur L. Tanon : La carrière médicale aux colonies ; débouchés offerts à de jeunes activités médicales.

Cours de Gynécologie médicale et endocrinologie gynécologique. — Sous la direction du professeur Cadenat, un cours de gynécologie sera fait par M. Claude Béclère, du 1er juin au 20 juin, à la Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine.

Première partie. — Troubles fonctionnels et troubles des règles chez les jeunes filles et les femmes. Aménorrhées. Dysménorrhées. Métrorragies. Stérilités d'origine utérine, d'origine tubaire et d'origine ovarienne ;

Troubles et métrorragies d'origine préménopausique ;

Troubles post-ménopausiques ;

Endocrinologie gynécologique (hormones de l'hypophyse, de l'ovaire et hormone mâle). Dosages hormonaux. Thérapeutiques hormonales.

Deuxième partie. — Hystéro-salpingographie : indications, technique, résultats. Pathologie intra-tubaire et intra-utérine. Tumeurs pelviennes.

Leçons quotidiennes, à 11 heures, avec projections à l'amphithéâtre de la clinique. Examens de malades. Démonstrations de diathermie, de coagulation du col et d'hystéro-salpingographie.

Droit d'inscription : 150 francs pour chaque partie (inscription gratuite pour les internes des Hôpitaux de Paris). Inscriptions au Secrétariat de la Faculté de Médecine, guichet 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Naissance

M. Maxime Goury-Laffont, interne des Hôpitaux de Paris et Mme, née Jacqueline de Marsillac, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils **Cédric**, 21 avril 1942.

Mariage

— M. Palissier, l'éditeur médical, et Mme Marc Palissier font part du mariage de leur fille Jacqueline avec M. Henri Assola, Paris, le 25 avril 1942.

Nécrologie

Le Dr Paul Noguès, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris (1887), ancien prosecteur, décédé à Paris, 8, rue Marbeuf.

— Le Dr Robert Cornilleau, mort victime du devoir, en Algérie.

— Le Dr Eugène Constantin, ancien chef des travaux à la Faculté de Toulouse.

— Le Dr Lemoult, au Perreux (Seine).

— Le Dr Jules Lafourcade, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté, chirurgien à Bayonne, membre correspondant national de l'Académie de Chirurgie.

— Le Dr Henri Lenfantin, à Saumur.

— Le Dr Eugène Dabout, à Paris.

— Le professeur Weymeersch, de Bruxelles.

— Les docteurs Henrotay, d'Anvers ; Keiffer, de Bruxelles et Watrin, de Liége.

— Le Dr Dardel, d'Aix-les-Bains.

— Le Dr Raymond Bonneau, ancien interne des Hôpitaux (1900), décédé à Paris, 47 bis, boulevard des Invalides.

— Le Dr Henri Aimé, médecin de l'Hôpital Péan, décédé à Paris, 53, rue de Bourgogne.

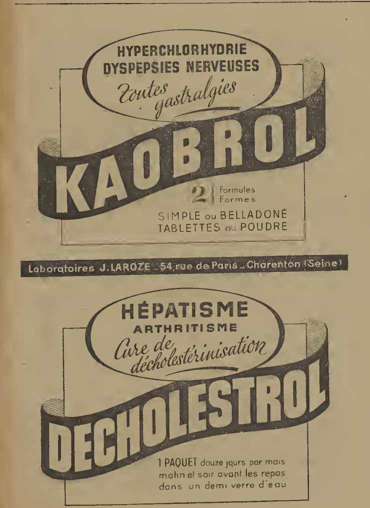
ATURAL

Supprime l'intolérance pour le lait
et le rend **semblable au lait maternel**
SUPPLÉE AUX LAITS DIÉTÉTIQUES
Laboratoires de Physiologie & de Thérapeutique, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe




RHINAMIDE
CHIMIOTHÉRAPIE
sulfamidée locale des infections bactériennes, aiguës et chroniques du
RHINO-PHARYNX
CORYZAS — RHINITES
ADÉNOIDITES — GRIPPE
RÉACTIONS SINUSIENNES
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES INFECTIONS ÉPIDÉMIQUES
en instillations et pulvérisations fréquentes
Laboratoires A. BAILLY (SPEBA)
15, r. de Rome et r. du Rocher, 15 - PARIS-8e
P E S B A
A-BAILLY


Oxyaminothérapie
ACIDES AMINÉS
TUBERCULOSES
courantes
graves ou rebelles
OKAMINE
SIMPLE
CYSTÉINÉE
(Formule N° 2)
du Dr HERVOUËT
(Formule N° 3)
10 AMPOULES
1 tous les 2 ou 3 jours
DRAGÉES
3 à 4 au petit déjeuner
20 AMPOULES
pour 10 injections
1 tous les 2 jours
P. BUGEARD, Phien, 13, rue Pavée - PARIS (4e)


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 Formules
Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE
Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)
HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau


Un aliment " prédigéré "
La farine SALVY, composée principalement de lait pur de Normandie, de farine de froment et de sucre, subit en cours de préparation une action diastasique effective et rigoureusement contrôlée. Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en maltose et dextrines. C'est l'aliment parfait des enfants avant, pendant et après le sevrage.
FARINE*
LACTEE DIASTASÉE
Préparé par BANANIA
SALVY
* Aliment rationné vendu contre tickets

Contre Toutes les Algies quelles qu'elles soient

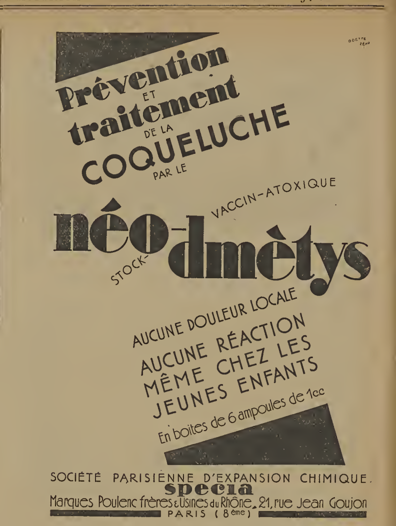
NÉATOL-SUJAL



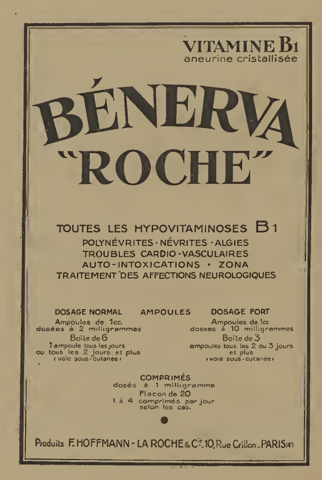
2 à 4 Cachets par vingt-quatre heures
A prendre avant les principaux repas
Tolérance parfaite

Dans les
Algies Rhumatismales et Goutteuses
en plus de son *action calmante presque immédiate*, NÉATOL-SUJAL exerce une intéressante *action éliminatrice* (Semence de Colchique, Nitrate de Potassium, Carbonate de Lithium).

LABORATOIRE SUJAL, CHATEAUROUX (Indre)
J. LAFARGE, Dr en Pharmacie
Zone occupée : 60, Faub. Poissonnière, PARIS (Xe)







REVUE GENERALE

LA MIGRAINE OPHTALMOPLÉGIQUE

par H. Viallefont et J. Chaptal
de Montpellier

Il est difficile d'avoir, en lisant les manuels ou les traités, une idée précise de la migraine ophtalmoplégique : pour certains, la migraine ophtalmoplégique est bien une entité clinique, proche parente de la migraine dont elle serait une forme particulière ; pour d'autres, c'est un complexe symptomatique de lésions diverses.

Nous avons essayé de nous faire une opinion en nous référant aux observations publiées : environ deux cents indications bibliographiques dans la littérature française et étrangère.

Historique

En 1860, Gubler publie dans la *Gazette des Hôpitaux* un cas de paralysie de la troisième paire récidivant pour la troisième fois, où l'autopsie montre des lésions de méningite de la base.

En 1884 paraît le travail fondamental de Mœbius s'appuyant sur un cas personnel et sur les cas de Von Hasner et de Saundby.

Dès lors, des observations sont publiées dans les divers pays. P. Marie et Parinaud rapportent en 1885 le premier cas français.

En 1890, Charcot, à propos d'une observation personnelle, fait une leçon magistrale retentissante, considérant la migraine ophtalmoplégique comme une forme particulière de la migraine, caractérisée par une hémicranie avec accompagnement nécessaire d'une paralysie totale d'un des nerfs moteur oculaire commun, et éliminant de cette affection ainsi définie les paralysies récidivantes symptomatiques d'affections intra-craniennes connues.

Les auteurs français, à la suite de Charcot, admettent que la *migraine ophtalmoplégique* (c'est le nom qu'ils adoptent) est une forme de migraine (au même titre que les diverses migraines ophtalmique, accompagnée, etc.), tandis que les étrangers, et en particulier les auteurs de langue allemande, désignant l'affection sous le nom de *paralysie oculomotrice récidivante*, estiment que le caractère migraineux de l'affection n'est pas un caractère de premier plan. Ils admettent qu'il s'agit d'une céphalée qui coïncide avec la paralysie, mais non pas d'une migraine qui la commande : ainsi sont opposées les conceptions de Charcot et celles de Mœbius.

En réalité, les descriptions de Charcot et de Mœbius sont très voisines sur le plan clinique ; mais tandis que pour Charcot la migraine est la cause de l'affection, pour Mœbius les lésions qui causent la paralysie provoquent également les phénomènes migraineux.

Remarquons que, par suite, une même observation qui aurait été publiée en France sous le terme de « migraine ophtalmoplégique » aurait été publiée à l'étranger sous celui de « paralysie oculo-motrice récidivante ou périodique ».

Ces dernières années, il semble que la notion de migraine ophtalmoplégique ait perdu du terrain et soit difficilement acceptée par certains auteurs et non des moindres. Voici, par exemple, quelques opinions émises récemment :

Christiansen (Rapport sur la migraine. Etude clinique (*Rev. Neurol.*, 1925, pp. 854-881) écrit : « Il s'agit, en réalité, non pas d'une affection véritablement à crises, mais d'une affection progressive qui s'aggrave par accès. Par conséquent, je suis de l'avis de Mœbius pour admettre que la migraine ophtalmoplégique a sa place ailleurs que dans le chapitre de la migraine, dans le système nosographique, d'autant plus que son pronostic est tout différent de celui de la migraine. De toutes façons, les cas que j'ai pu suivre pendant longtemps se sont toujours terminés par la mort (Christiansen. Les tumeurs du cerveau. *Moscou*, 1921, p. 125), comme conséquence de tumeurs ou de méningite ».

Jean Gallois (dans le *Traité d'Ophtalmologie*, t. VI, p. 966) : « La migraine ophtalmoplégique a pour causes les plus fréquentes, des lésions syphilitiques ou néoplasiques centrales ; elle est souvent un élément prodromique de la paralysie générale ; elle est plus rarement causée par le paludisme (Sedan), le colibacille (Pastor). L'examen du liquide céphalo-rachidien est toujours positif (albumine, leucocytose) ».

Garcin et Halbron (Contribution à l'étude des migraines accompagnées et en particulier de la physiopathologie des migraines ophtalmiques accompagnées. *Annales de Médecine*, juillet 1934, pp. 81-114) s'expriment ainsi : « Il va sans dire que nous distrayons du cadre des migraines accompagnées, les migraines ophtalmoplégiques qui ne paraissent plus, de nos jours, devoir figurer dans le groupe nosologique de la maladie migraineuse. Mœbius, le premier, leur refuse une parenté quelconque avec la migraine et, de ce fait, les rares autopsies jusqu'ici rapportées (Gübler, Weill, Thomsen Richter) ont permis de retrouver à l'origine de ces migraines ophtalmoplégiques une lésion bacillaire macroscopique et grossière. Avec Oppenheim, il semble plus juste de considérer les migraines ophtalmoplégiques comme une variété d'un groupe beaucoup plus important, celui des paralysies oculaires périodiques ».

Roger (Migraines hémianopsiques accompagnées d'aphasie ou de paresthésies passagères du membre supérieur, *Congrès d'O. N. O.*, 1928, p. 709) : ... « Nous laisserons de côté, hors de notre étude, les migraines ophtalmoplégiques, celles qui se compliquent à chaque crise de paralysies plus ou moins complètes de la troisième paire ; elles sont de type assez spécial. Par leur répétition, elles finissent presque toujours par engendrer une paralysie définitive du moteur oculaire commun. Elles ont un pronostic sombre. Tous les cas que Christiansen a pu suivre étaient dus à des tumeurs cérébrales, à des méningites et se sont terminés par la mort. On doit, à notre avis, la distraire définitivement du cadre des migraines ».

Velter (Remarques cliniques sur quelques cas de migraine ophtalmique symptomatique. *Rev. Neurol.*, 1925, I, 955), s'exprime ainsi : « Quant à la migraine ophtalmoplégique, tout le monde est d'accord : elle n'a rien à voir avec la migraine. C'est une céphalée paroxystique avec paralysie oculo-motrice récidivante, paralysie qui devient, en général, définitive au bout d'un certain temps et dont, dans l'immense majorité des cas, des lésions méningées bacillaires sont responsables. L'appellation de migraine ophtalmoplégique devrait disparaître de la terminologie neuro-ophtalmologique ».

Il semblerait donc que le terme de migraine ophtalmoplégique soit condamné et que l'affection ainsi désignée soit toujours symptomatique de lésions graves.

Nous avons eu l'occasion de suivre un jeune homme qui depuis plus de dix-huit ans présente des crises de migraine ophtalmoplégique.

Cette observation nous donne une impression toute différente, et notre opinion est fortifiée par la lecture de nombreuses descriptions cliniques. *Il existe bien, à notre avis, une migraine ophtalmoplégique vraie typique, essentielle, avec une allure clinique et une évolution caractérisées.*

Voici tout d'abord notre observation personnelle (1) :

Observation personnelle (1). — *Un jeune homme de 18 ans présente depuis l'âge de 9 mois, au rythme régulier d'une attaque toutes les deux semaines, des crises typiques de migraine ophtalmoplégique. Pendant seize années l'état entre les crises était normal ; depuis deux ans, il persiste de la mydriase entre les attaques et, actuellement, on décèle une faible parésie du droit supérieur, sans aucun autre signe neurologique. Les humeurs sont normales, notamment le liquide céphalo-rachidien.*

Jeune homme, né en 1923, observé en 1940-1941.

Le début s'est manifesté à l'âge de quelques mois, sûrement à partir de l'âge de 9 mois : cris et pleurs marquant des douleurs violentes, puis chute de la paupière gauche, l'ensemble durant deux jours environ.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis dix-huit ans, les attaques surviennent régulièrement à des intervalles de quinze jours : le premier jour le malade est irritable, énervé ; le second jour, brutalement, la douleur de tête s'installe si violente qu'il est obligé de se coucher ; le moindre bruit, la moindre lumière exaspèrent ses douleurs. Les douleurs sont extrêmement vives, de caractère aigu et rigoureusement localisées au côté gauche de la tête. Toute prise d'aliments déclenche des vomissements ; ceux-ci existent, d'ailleurs, même sans alimentation ; ils s'accompagnent d'efforts.

En même temps le sujet ressent une grande fatigue et se sent très énervé. Il n'a jamais éprouvé de perte de connaissance.

Les phénomènes moteurs commencent dès le premier jour : l'œil gauche devient un peu plus petit ; le deuxième jour l'œil se ferme complètement, la paupière supérieure tombe, ce qui amène un certain soulagement. Si le sujet veut ouvrir cet œil, il est obligé de soulever la paupière avec le doigt qui ne rencontre aucune résistance ; mais ce geste met en évidence une diplopie très désagréable ; les objets sont vus doubles sur un même plan horizontal.

Le quatrième jour, l'œil s'ouvre progressivement et la fente palpébrale reste plus petite pendant toute une journée. Le cinquième jour, l'ouverture palpébrale redevient normale.

Depuis deux ans la pupille gauche s'est progressivement agrandie.

Pendant les deux jours de douleurs intenses avec paralysie oculaire, le malade ne dort pas. A la fin du troisième jour, le sommeil arrive, ce qui annonce la fin de la crise ; au réveil, la douleur est passée, la parésie persiste seule.

L'examen oculaire pratiqué en dehors des crises donne les résultats suivants :

V. O. D. = 0,7 — 0,50 = 1.
V. O. G. = 0,5 + 1 = 1.

Fentes palpébrales normales.

Motilité apparemment normale ; l'épreuve du verre rouge montre une diplopie dans le regard en haut, témoignant d'une légère parésie du droit supérieur.

La pupille gauche est dilatée : 6 millimètres de diamètre environ. Elle ne réagit pas à la lumière ; la pupille droite est normale : 4 millimètres de diamètre.

La sensibilité, le tonus, le champ visuel, la vision des couleurs sont normaux.

Le fond d'œil ne montre aucune particularité.

La tension artérielle rétinienne est normale.

La taille de 1 m. 60 pour un poids de 46 kg. 700, nu.

L'examen neurologique est parfaitement normal.

(1) H. Viallefont et J. Chaptal. Un cas de migraine ophtalmoplégique. *Soc. des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier*, 27 juin 1941.

Dans les *antécédents* du sujet nous relevons simplement : coqueluche, rougeole, oreillons d'évolution banale et postérieurs au début de l'affection.

Il est le second de six frères ou sœurs ; les cinq autres sont en bonne santé. Dans sa famille paternelle et maternelle, tous se disent « grands nerveux » ; plusieurs souffrent du foie, une grand'tante a souffert de migraines. Pas de mariage consanguin.

Examens de laboratoire :

Sang : glycémie 1,12 ; azotémie 0,35 ; réactions sérologiques de la syphilis négatives.

Liquide céphalo-rachidien : cytologie 0,8 par millimètre cube ; albumine 0,30 ; chlorures 7,30 ; glycose 0,75 ; B.-W. négatif ; benjoin colloïdal = 000.002.210.000.000.

Urines normales.

Examens radiologiques du crâne normaux.

Naturellement, cet enfant a été traité de différentes façons sans aucun résultat.

Chez lui nous avons espéré pouvoir agir efficacement par les vaso-dilatateurs : l'acétylcholine, même à haute dose, n'a rien donné, qu'elle soit injectée en dehors ou au début des crises.

Par contre, les injections intraveineuses de sérum hypertonique, pratiquées tous les deux jours, ont amené un espacement appréciable des crises ; tous les mois ou toutes les six semaines, au lieu de deux fois par mois ; les criess elles-mêmes ne sont pas modifiées.

Le malade et sa famille sont enchantés de cette amélioration dans la fréquence des crises, qui persiste bien que les injections hypertoniques soient pratiquées maintenant à de plus grands intervalles.

Description clinique

L'attaque. — L'attaque est caractérisée par l'association de migraine et de paralysie oculaire.

La *migraine* se manifeste essentiellement par la douleur, céphalée à type particulier, difficile à définir par les malades, mais qui est strictement unilatérale ; elle survient, en général, sans cause appréciable, mais dans quelques cas il semble y avoir des causes occasionnelles qui déclenchent l'attaque. Elle est localisée aux environs de l'œil, en arrière ou en dessus de lui, dans la région frontale, parfois elle siège dans la région pariétale ; elle ne s'étend guère, ne gagne jamais le côté opposé, mais peut, parfois s'irradier en arrière vers la nuque (dans le cas de Klinedinst elle est précédée de douleurs à la mastoïde). Elle augmente vite d'intensité et devient rapidement insupportable. Comme dans la migraine vraie, la douleur est augmentée par la lumière, le bruit, le mouvement. La plupart des malades sont obligés de s'aliter et demeurent couchés, anéantis, la conscience vague de ce qui se passe, à tel point qu'ils ne peuvent ultérieurement répondre aux questions posées pour préciser les caractères de l'attaque.

Le malade refuse la nourriture qui lui est proposée, s'exaspérant si on ose en le dérangeant augmenter ses douleurs. Il présente des nausées ; souvent des vomissements surviennent sans effort, du type dit cérébral. Les sensations vertigineuses, les bourdonnements d'oreilles accompagnent ces phénomènes douloureux, réalisant le tableau clinique habituel de l'attaque de migraine.

En général ce sont les céphalées qui marquent le début de l'attaque, les vomissements surviennent un peu plus tard, après quelques heures ou le lendemain ; dans certaines observations toutefois, les vomissements apparaissent dès le début (Clarke, Darkschewitsch). Un tel tableau clinique fait évidemment porter le diagnostic de migraine.

La paralysie oculaire. — Mais l'attaque est plus complexe : en même temps que les phénomènes douloureux, ayant atteint leur maximum, commencent à devenir moins violents, apparaissent les phénomènes paralytiques ; à partir de ce moment les douleurs décroissent, en général rapidement, parfois disparaissent presque instantanément, en sorte que les malades ont comme un soulagement à constater les phénomènes paralytiques qui annoncent la cessation prochaine des douleurs et des vomissements. Cette paralysie, strictement oculo-motrice, est perçue par le malade, soit qu'il voie double, soit que la paupière supérieure recouvre son œil involontairement et qu'il soit dans l'impossibilité de la relever.

En effet, la paralysie de la migraine ophtalmoplégique a des caractères particuliers reconnus dès longtemps : tout d'abord elle est *unilatérale* (et on peut rejeter du cadre de l'affection les observations avec paralysie bilatérale) et *reste à chaque attaque localisée au même côté.* C'est le *moteur oculaire commun* qui est intéressé, et en principe lui seul.

Enfin, la paralysie est en principe *totale*, c'est-à-dire que tous les muscles, intrinsèques et extrinsèques, sont touchés.

Nous devons faire quelques réserves sur ce caractère total : assez nombreuses en effet sont les observations où cette paralysie respecte certains muscles (soit intrinsèques, soit extrinsèques), ou bien où tous les muscles ne sont pas également touchés. Des variations apparaissent, d'autre part, dans l'évolution de la paralysie : telle paralysie, totale au début, se dissocie rapidement ; telle autre n'intéressant que un ou deux muscles au début, se complète plus ou moins rapidement.

Le ptosis est le symptôme le plus constant, parfois le seul de déficit moteur, soit qu'il masque, soit qu'il précède les autres paralysies oculomotrices, extrinsèques (diplopie, déviation du globe) et intrinsèques (mydriase, immobilité pupillaire, trouble unilatéral de l'accommodation).

Voici quelques précisions sur ces paralysies :

Dans le cas de Lyder Borthen, l'accommodation n'est pas intéressée. Dans le cas de Von Hasner, le ptosis disparaît au bout de deux jours, les autres muscles externes fonctionnent au bout de trois jours, tandis que la paralysie pupillaire et celle de l'accommodation persistent huit jours.

Dans le cas de Kayser, le releveur et les muscles intrinsèques sont respectés.

Dans le cas de Leszynski, la paralysie se cantonna lors d'une attaque (contrairement aux attaques précédentes) au droit supérieur et au droit interne.

Dans le cas de Nason, les muscles innervés par le moteur oculaire commun, se prennent les uns après les autres : releveur de la paupière, puis droit supérieur, puis petit oblique, ensuite droit interne et droit inférieur.

Dans un cas de Sciamanna, la paralysie n'aurait porté que sur le droit supérieur et le droit interne.

Dans un cas de Schmidt-Rimpler, lors des premières attaques, le releveur était indemne.

Dans le cas de Stirling (1900), le sphincter pupillaire n'est pas intéressé, tandis que dans une autre de ses observations la paralysie est limitée aux muscles intrinsèques (pupille et accommodation).

Dans le cas de Sückling, les attaques ne s'accompagnaient au début que de ptosis, les attaques ultérieures s'accompagnèrent de paralysie complète du III.

En général, la durée de la paralysie ne dépasse pas, au moins dans les premières attaques, deux à trois jours. Mais cette durée évolue avec la répétition des attaques, elle s'allonge et cette évolution, nous le verrons, est caractéristique de l'affection.

Troubles divers. — A côté de ces manifestations fondamentales, migraine et paralysie oculaire, il a été signalé pendant la crise des troubles associés extrêmement divers :

Légère exophtalmie (G. Ballet ; V. Bogaert, cas 2 (1) ; Lafon et Villemonte).

Œdème palpébral (G. Ballet ; V. Bogaert, cas 2 (1) ; Sückling).

Injection conjonctivale (Russel).

Amblyopie légère (Bernhardt, Kollaritz) ;

Atrophie optique légère (Ormerod et Spicer).

Hypoesthésie dans le domaine du trijumeau Darkschewitsch ; Kerplus ; Pellgn ; Wissering).

Paresthésie (Frerot).

Hyperesthésie (Kollaritz) (Sückling, douleur dans le cuir chevelu) (Wilbrand et Saenger) (1).

Signes d'excitation pyramidale (Russel : clonus du pied, exagération des réflexes rotuliens).

Torpeur (Seiffer).

Larmoiement (Seiffer).

Salivation (Sückling).

Papillotements devant les yeux (Seiffer).

Modifications du champ visuel, qui est :

Légèrement rétréci (Stirling) 1 ;

Fortement rétréci concentriquement, bilatéralement, proportionnellement à l'intensité de la crise (Thomson).

L'examen systématique des divers appareils et du *système nerveux* notamment, ne montre pas de signe pathologique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre, contrairement à ce qui est indiqué dans certains traités, un *liquide normal* (de Lapersonne, Mackay, Souques, Lafon et Villemonte, notre observation personnelle).

L'examen radiologique rarement pratiqué ne décèle rien de particulier. Dans le cas de Paulian et Ghimus la radiographie décela des modifications de la selle turcique ; mais il ne s'agit pas d'une migraine ophtalmoplégique typique.

L'angiographie cérébrale qui serait susceptible de donner d'intéressants renseignements n'a à notre connaissance, jamais été mise en œuvre.

Dans certains cas, on peut relever des signes pathologiques coexistants, vraisemblablement indépendants de l'affection :

Surdité (du côté opposé à la migraine et à la paralysie, Charcot, 1890) ; catarrhe hypertrophique de l'oreille (Jack) ; asthme et dysfonctionnement thyroïdien (V. Bogaert, 2) ; mauvaises dents (Clarke) ; urémie (Scalinci, 2 observations) ; pelade (Ryba, cas 2).

Evolution de l'attaque. — L'évolution de l'attaque elle-même se caractérise par la succession habituelle de la douleur migraineuse de plus en plus violente, accompagnée bientôt de nausées et vomissements, et suivie, après avoir atteint son maximum, de phénomènes parétiques qui, en général, s'installent et atteignent rapidement leur maximum, diminuent plus lentement, en étendue et en intensité et disparaissent en deux à quatre jours habituellement (parfois en une seule journée, comme dans le cas de Sückling).

La durée totale de l'attaque est, au début de l'affection, approximativement de trois à six jours ; plus tard, ces attaques dureront plus longtemps du fait de l'allongement de la durée de la période paralytique.

Rythme et périodicité des attaques. — Un des caractères essentiels est la répétition des attaques à des intervalles réguliers (ce qui justifie le terme de périodique), mais différents d'un malade à l'autre. Cette régularité peut se modifier, d'ailleurs, de même que l'allure de l'attaque elle-même : au fur et à mesure que les attaques se reproduisent, elles

(1) Cas non absolument typique.

deviennent habituellement plus rapprochées ; quelquefois, au contraire, elles s'espacent.

A titre d'exemple, relevons les intervalles signalés par différents auteurs : tous les quinze jours chez notre malade ; toutes les quatre à six semaines (Murez) ; toutes les six semaines (Anderson et Jack) ; toutes les trois semaines, au début (Souques) ; tous les mois au début (Lyder Borthen), puis trois ou quatre fois par an ; deux fois par an au début (Remal), puis tous les trois mois ; tous les deux mois au début (Snelle, 1893), puis tous les quinze jours ; tous les trois mois (Pellen, Charcot) ; tous les quinze jours à quatre mois (Joachim, 2) ; à intervalles de plusieurs années au début, puis plus fréquemment, et, enfin, toutes les trois, six ou neuf semaines (Senator) ; tous les ans, au printemps (Klinedinst) ; les deux premières attaques espacées de dix ans, les suivantes à des intervalles de plus en plus rapprochés, jusqu'à plusieurs attaques par mois (Darkschewitsch) ; à des intervalles de deux ans (un cas de Bernhardt, 1888) ; à des intervalles de plusieurs années (Leszynski, G. Ballet).

Evolution de l'affection. État intercalaire. — La caractéristique de la migraine ophtalmoplégique est d'évoluer de façon paroxystique, et *l'état normal entre les attaques caractérise la première phase.*

Cette première phase dure habituellement plusieurs années, mais peu à peu la guérison complète des phénomènes paralytiques tarde, au delà de la durée jusque-là habituelle ; si les attaques se répètent fréquemment, les périodes intercalaires se réduisent progressivement et finalement une crise survient alors que la précédente ne s'est pas encore complètement dissipée.

Le sujet entre alors dans la *deuxième période de la maladie :* à ne considérer que la migraine, il n'y a rien de changé, mais à considérer les phénomènes moteurs, on constate la *permanence* entre les paroxysmes migraineux *de séquelles paralytiques :* au début, peu importantes, portant sur un ou plusieurs muscles, elles croissent en intensité et s'étendent au fur et à mesure que les attaques se répètent à tous les muscles innervés par le moteur oculaire commun.

Il vient ainsi un moment, où du point de vue moteur, il n'y a plus d'amélioration après les attaques ; il ne s'agit plus de simples séquelles parétiques persistant entre les accès, mais d'*un état définitif de paralysie permanente des muscles oculaires,* compliqué d'attaques de migraine et qui caractérise *la troisième période de l'affection.*

On a voulu, en Allemagne surtout, considérer deux types de la maladie : dans l'un, les troubles seraient purement fonctionnels : paralysie périodique avec état normal entre les attaques ; dans l'autre : paralysie permanente avec exacerbations périodiques ; en réalité *il s'agit de deux moments dans l'évolution de la migraine ophtalmoplégique* typique.

Age de début. — L'affection remonte, en général, à l'enfance, mais les crises de migraine ophtalmoplégique sont souvent précédées de migraines simples. Cette période prémonitoire peut faire défaut, et le sujet réaliser d'emblée des attaques de migraine ophtalmoplégique ; elle peut être plus ou moins longue, durant plusieurs années en général, et la migraine ophtalmoplégique apparaître seulement à la puberté ou dans l'adolescence ; exceptionnellement, elle dure plus de trente ans (cas de Seiffer, de Strzeminski).

Voici quelques précisions notant l'âge d'apparition de migraine simple et de migraine ophtalmoplégique :

Joachim	11 ans	25 ans
Pellen	12 ans	17 ans
Russel	naissance	7 ans
Seiffer	8 ans	39 ans
Senator	8 ans	12 ans
Snell (1893) I.	10 ans	17 ans
Strzeminski	depuis l'enfance	37 ans
Anderson et Jack	depuis l'enfance	22 ans
Lyden Borthen	16 ans	23 ans
Charcot (1890)	de 16 à 23 ans	30 ans (cas douteux)
Danis	14 ans	27 ans
Gareiso et Rascovsky	(?)	7 ans

Cette période prémonitoire peut se manifester par des attaques de migraine ophtalmique (cas de Spiller et Posey).

Des attaques de migraine simple ou de migraine ophtalmique peuvent reparaître quand la migraine ophtalmoplégique a commencé à se manifester ; c'est ainsi que dans les observations de Senator, de Strzeminski, de Sückling, de Darkschewitsch, des accès de migraine simple sont intercalés suivant une fréquence variable entre deux attaques de migraine ophtalmoplégique.

Les *antécédents personnels* des malades sont habituellement sans intérêt. Relevons, toutefois, parmi les affections médicales signalées :

Affection indéterminée à 6 ans, nécessitant un traitement par électrisation (?) (Bernhardt) ;

Fluxions de poitrine, pleurésie (Charcot, 1890), hémoptysie (Karplus, I) ;

Constipation précédant la crise (Clarke, Klinedinst) ;

Tuberculose pulmonaire (Weiss) ;

Paludisme (von Zadelhoff).

Plus intéressants sont les *antécédents héréditaires* qui montrent des relations indéniables entre migraine simple et migraine ophtalmoplégique.

L'hérédité similaire est rare ; nous n'avons relevé que l'observation d'Alexander où la mère et le fils sont tous deux atteints de migraine ophtalmoplégique.

Il arrive plus souvent que l'on découvre une hérédité directe de *migraine pure :* cas de Bernhardt (mère et fils) ; de Joachim (grand'mère, mère, fille) ; de Van Bogaert I. (mère et fille) ; ou de *migraine ophtalmique :* (cas de Chabbert, la sœur et une cousine de la malade présentent des crises de migraine ophtalmique).

Fréquemment, on met en évidence une hérédité de nervosisme, de troubles psychiques plus ou moins accentués (le père du malade de G. Ballet était épileptique).

Mais assez souvent les antécédents paraissent normaux.

Circonstances d'apparition. — Si l'on étudie les circonstances qui provoquent l'apparition de la maladie, on n'obtient souvent aucune précision. Dans certains cas, cependant, il semble que le début des attaques puisse être rapporté à une cause précise :

Le traumatisme cranien se rencontre avec une particulière fréquence ; cas de Birman et Vaynberg, de Lyder Borthen (sur l'arcade sourcilière), de Joachim, de Karplus, de Lafon et Villemonte ; de Mauthner, de Platenga (s'agit-il de migraine ophtalmoplégique typique ?), de Snell (1885), de Wilbrand et Saenger.

Cette fréquence mérite, à notre avis, de retenir l'attention.

Dans le cas de Beevor, l'*exposition au froid* suffisait à déclencher l'attaque ; dans celui de Lutzenberger, l'*insolation* joue un rôle manifeste.

Un *rythme saisonnier* apparaît parfois ; chaque année, au printemps (Klinedinst, Parinaud et Marie) ; à peu près chaque année, au mois d'août (Mœbius, 1884).

L'influence des *règles* paraît variable suivant les cas : elles paraissent dans l'observation de von Hasner déclencher les attaques. De même dans celle de Cohn. L'influence est nulle dans les cas de Karplus, de Senator. Les crises, dans le cas de Parinaud et Marie, diminuent après l'instauration des règles, et diminuent encore après le mariage. L'instauration des règles supprime les attaques de migraine simple chez la malade de Charcot (1890) qui présente, quelques années plus tard, une migraine ophtalmoplégique.

Les *grossesses* n'ont pas d'influence (cas de Senator). Cependant, dans le cas de Karplus, elles empêchent l'éclosion des attaques. Mais les accouchements peuvent les provoquer : cas de Karplus, de Marina, de Bray.

La concomitance d'*affections de l'oreille* (cas de Jack) peut faire penser à une origine otique.

L'influence des *maladies intercurrentes* se montre dans le cas de Jochmann (fièvre typhoïde). On peut se demander si le diagnostic d'accès de fièvre paludéenne porté chez son malade par Kljatchkin à propos de chaque attaque ne devrait pas être revisé.

Dans le cas de Mironesco, la paralysie du moteur oculaire commun apparaît et disparaît en même temps que l'accès de fièvre récurrente. Mais s'agit-il d'une migraine ophtalmoplégique vraie ?

Dans le cas de Scalinci, la migraine ophtalmoplégique s'accompagne de *phénomènes urémiques,* la récidive serait due à une accumulation de toxiques.

Dans le cas de Souques il semble que la paralysie durable du facial soit indépendante de la migraine ophtalmoplégique

Anatomie pathologique

Tel est le tableau clinique de la migraine ophtalmoplégique typique. Sur quels examens anatomiques peut-on s'appuyer ?

Ceux-ci sont rares. L'affection par elle-même ne paraît pas entraîner la mort, et la plupart des quelques observations anatomiques publiées se rapportent non pas à la migraine ophtalmoplégique typique, mais à des affections diverses s'étant manifestées cliniquement par des paralysies oculo-motrices récidivantes (parfois non localisées à un moteur oculaire commun) et par des céphalées à type plus ou moins migraineux.

Retenons néanmoins les autopsies suivantes :

Cas de Karplus : neurofibrome du moteur oculaire commun, auquel sont surajoutées des lésions de paralysie générale ; précisons que la malade était déjà atteinte de migraine ophtalmoplégique avant de contracter, à 18 ans, la syphilis qui, ultérieurement, évolua en une paralysie générale.

Cas de Thomsen-Richter : à l'autopsie du malade, décédé de gangrène pulmonaire, on constata un fibrochondrome du moteur oculaire commun droit, qui avait dispersé, mais non détruit, les fibres nerveuses : le nerf était en forme de massue, de coloration blanche, la dure-mère n'était pas épaissie.

Cas de Weiss : en plus de lésions de tuberculose pulmonaire, l'autopsie montra de nombreuses granulations grises au niveau des racines du III gauche qui est aplati et grisâtre. Le III droit est normal. Au microscope, les granulations sont remplies de bacilles de Koch. Le tronc cérébral est indemne. Les muscles innervés par le III gauche présentent une dégénérescence graisseuse.

Cas de Gubler : un homme, ancien migraineux, eût trois attaques de ptosis droit : à 17 ans durant dix jours, à 20 ans durant dix jours, à 23 ans durant un mois. A 35 ans, il présenta un ptosis qui, en dix-sept jours, évolua vers la mort, au milieu de fièvre, incohérence, délire, phénomènes bulbaires, amblyopie. A l'autopsie Gubler constata, à la base, au milieu du cercle artériel de Willis, un épaississement de la dure-mère, un épanchement plastique de teinte laiteuse à siège sous-arachnoïdien, plus abondant à l'origine du moteur oculaire commun droit ; à cet endroit la pie-mère très épaissie était adhérente à l'ori-

gine du nerf tout entier engainé dans une trame fibreuse. En outre, il existait à l'intérieur de la protubérance, en avant et sur son bord inférieur, un petit caillot de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces lésions correspondent-elles à une migraine ophtalmoplégique vraie ?

Cas de Schisnoyer : l'autopsie révéla un neurofibrome du moteur oculaire commun.

Cas de Cornélia de Lange : l'autopsie montra d'une part, l'hypoplasie des noyaux oculo-moteurs, d'autre part, des dilatations dans le réseau vasculaire de cette région. Mais ce cas, cliniquement, appartient au cadre des paralysies récidivantes plutôt qu'à celui des migraines ophtalmoplégiques.

Cas de Grzedzielski. Malgré le titre de la publication de cet auteur, il ne s'agit pas d'une migraine ophtalmoplégique. L'examen anatomique montre un anévrysme intracranien.

Cas de Handmann. On trouva un certain degré d'infiltration des noyaux oculo-moteurs, de l'atrophie des cellules ganglionnaires au niveau du III gauche (côté du ptosis), et de la leptoméningite. Mais il s'agissait d'un paralytique de 52 ans ayant présenté pendant plus de deux ans un ptosis gauche d'intensité variable ; ce n'est donc pas une migraine ophtalmoplégique typique.

Cas de Dassen. Cet auteur a pratiqué une autopsie après une deuxième attaque de migraine ophtalmoplégique. Nous regrettons de n'avoir pu prendre connaissance de ce travail.

Physiopathologie

Les documents anatomiques indiscutables sont donc peu nombreux. La conception de l'existence d'une tumeur au niveau du moteur oculaire commun (trois cas observés) ne peut, semble-t-il, être généralisée à tous les cas.

L'explication des troubles qui caractérisent la migraine ophtalmoplégique par l'hypothèse de *modifications vaso-motrices* apparaît la plus satisfaisante à l'esprit. C'est celle que l'on admet pour la migraine pure. Ici, le territoire atteint par la perturbation vaso-motrice serait celui qu'irriguent les artères nourricières du nerf moteur oculaire commun dans ses noyaux ou, peut-être, dans son tronc au cours de son trajet intracranien, et celui des artères méningées.

Un mécanisme analogue, et d'ailleurs discutable, est invoqué par Tichomiroff qui incrimine un spasme de l'artère cérébrale postérieure provoquant un œdème susceptible d'atteindre les noyaux du nerf moteur oculaire commun.

Par contre, Mœbius n'admet pas l'interprétation de la paralysie périodique oculaire dans le cadre des migraines ; s'appuyant sur des constatations anatomiques, il estime que les attaques résultent du développement intermittent d'une tumeur siégeant au voisinage des noyaux du moteur oculaire commun.

Mœbius, Mingazzini et bien d'autres invoquent à l'appui de cette conception : rareté de la migraine ophtalmoplégique, évolution prolongée des attaques, long intervalle de temps qui habituellement les sépare, absence d'aura, rareté du caractère héréditaire, évolution progressive, tous caractères qui distinguent la migraine ophtalmoplégique de la migraine pure. On a voulu, à ces éléments de différenciation, ajouter même la discrimination que les sujets atteints d'alternance de migraine simple et de migraine ophtalmoplégique, sont capables de faire à l'occasion de l'une ou l'autre crise (Cas de G. Ballet, de Charcot, la deuxième malade de Mingazzini, les malades de Senator, de Snell, de Bouchard).

L'interprétation physiopathologique est donc très controversée. Pour nous, nous n'hésitons pas à adopter la thèse de Charcot, c'est-à-dire à rapprocher migraine pure et migraine ophtalmoplégique, et à leur *attribuer une pathogénie voisine dans laquelle la perturbation vasomotrice doit être considérée comme le facteur essentiel.*

Nous ne ferons que citer la théorie hypophysaire soutenue par Sédillot, ainsi que le rôle éventuel de la réplétion des sinus caverneux.

Certains points intéressants sont encore à signaler.

Ce sont d'abord les rapports qu'il peut y avoir entre *l'épilepsie* et la migraine ophtalmoplégique, sur lesquels a insisté Matzdorff et qui sont illustrés par l'observation de Joachim.

Rappelons encore l'importance que paraît avoir le *traumatisme cranien* dans l'apparition de la migraine ophtalmoplégique.

Certains travaux récents montrent la fréquence insoupçonnée jusqu'à maintenant des *anévrysmes intracraniens.* Des faits publiés, par Grzedzielski, par exemple, ou encore les observations si intéressantes rapportées par Clovis Vincent et Daum, permettent de se demander si certains cas de migraine ophtalmoplégique ne ressortissent pas à un anévrysme intracranien.

Cette question est nettement posée par d'autres auteurs, surtout nordiques : par Bramwell, en particulier, à propos de cas (dont un avec autopsie) qui ne peuvent être exactement interprétés comme des cas de migraine ophtalmoplégique ; par Nyquist, Refsum et Torkildsen ; par Sjorqvist ; par Snellmann. D'autre part, la fréquence des antécédents traumatiques est à souligner car on connaît l'influence importante du traumatisme sur l'évolution des anévrysmes intracraniens. Le cas de Plant et Dreyfus d'une hémorragie à l'intérieur du tronc du moteur oculaire commun montre bien la possibilité d'une lésion ou d'un trouble circulatoire.

Enfin, est à signaler le rapprochement qui a été fait par Garcin et Dollfus de la migraine ophtalmoplégique et des *paralysies périodiques*, d'ailleurs exceptionnelles, bien décrites par Janota et Weber, et dont nous croyons avoir récemment observé un cas avec le professeur M. Janbon.

Diagnostic

Le diagnostic est extrêmement facile à faire ; il est même parfois porté abusivement.

Dans certains cas l'évolution est atypique et la question se pose de savoir s'il s'agit ou non d'une migraine ophtalmoplégique.

Nous croyons devoir placer au chapitre du diagnostic, en vue de les éliminer, les cas où migraine et paralysie oculaire coïncident ; mais où ce n'est pas le moteur oculaire commun qui est intéressé, ou s'il l'est, ne l'est point seul, ou bien l'est bilatéralement. Ces cas d'ailleurs peu nombreux ne doivent pas entrer dans le cadre de la migraine ophtalmoplégique.

Dans ces cas de paralysie oculaire récidivante le *pathétique* est parfois intéressé (cas de Poos, de Fuchs). Plus souvent, c'est le *moteur oculaire externe*, et Danis en a publié, en 1920, un cas personnel.

Son malade, âgé de 40 ans, souffrait depuis l'âge de 14 ans, de violentes migraines suivies, depuis l'âge de 27 ans, de diplopie par paralysie du moteur oculaire externe, qui s'installe en un ou deux jours, et disparaît progressivement en quinze jours.

Rappelons, à ce propos les cas de Van Bogaert, cas 1, de Musso-Fournier, cas 1, de Poos, de Souques, de Veasey, de Leavitt, de Ormerod, de Bernheimer, de Marina, de Brav.

Certains auteurs ont signalé une véritable ophtalmoplégie de tous les nerfs oculo-moteurs, mais ici, à tout le moins, s'agit-il de formes atypiques :

L'observation de Leclerc concerne un homme de 42 ans qui présente de nombreuses crises avec paralysie totale du III, du IV et du VI ; entre les attaques le sujet est normal.

L'observation de Stœwer concerne une femme de 45 ans chez laquelle sont successivement atteints, après des crises d'allure migraineuse, les VIe, IVe et IIIe nerfs craniens, paralysie qui disparaît en huit mois en laissant une ophtalmoplégie interne persistante.

Eliminons, en outre, les cas décrits par Hansell sous la dénomination de « ophtalmoplégie intérieure récurrente ». Les phénomènes moteurs sont isolés et portent (sauf dans un seul des cas rapportés) uniquement sur les muscles intrinsèques de l'œil.

Il y a lieu d'envisager également le *phénomène cyclique du moteur oculaire commun* individualisé en 1901 par Axenfeld et Schürenberg et sur lequel le professeur Bonnet vient d'attirer l'attention dans un article documenté et qui est caractérisé par une paralysie totale du III, sans cesse et rythmiquement interrompue par la vive contraction de certains muscles paralysés (une vingtaine de cas connus).

Pronostic

Le pronostic ne nous retiendra pas longtemps, car en décrivant l'évolution de l'affection, nous l'avons suffisamment indiqué : l'évolution porte sur de très nombreuses années, l'aggravation est progressive par prolongation à chaque attaque de la durée de la paralysie, en sorte que, finalement, il s'agit d'une paralysie permanente du moteur oculaire commun avec poussées migraineuses paroxystiques, Mais la migraine ophtalmoplégique vraie ne semble pas, par elle-même, devoir entraîner la mort.

Traitement

Le traitement d'une affection aussi singulière et dont on connaît mal le substratum anatomique et le mécanisme pathogénique, ne peut être univoque. Il ne semble pas qu'aucun des traitements entrepris se soit montré efficace : traitements anti-infectieux, traitement spécifique, traitements symptomatiques.

A notre connaissance, aucune tentative neuro-chirurgicale n'a été tentée, et, cependant, l'intervention serait peut-être efficace et permettrait de se rendre compte de visu de lésions éventuelles.

Dans notre cas personnel, l'acétylcholine n'a donné aucun résultat, alors que le sérum hypertonique intraveineux a amené une amélioration notable.

L'action thérapeutique au demeurant apparaît bien limitée.

***

En conclusion, la migraine ophtalmoplégique demeure encore une affection mystérieuse. Il convient d'en bien délimiter le cadre, et d'en éliminer les cas symptomatiques de lésions méningées ou encéphaliques graves qui en augmentent la fréquence apparente. Ainsi conçue, la migraine ophtalmoplégique apparaît comme une affection autonome, proche parente de la migraine, d'allure clinique typique et d'évolution prolongée.

Bibliographie

Les auteurs ont réuni une bibliographie d'une importance exceptionnelle que les circonstances ne nous permettent malheureusement pas de reproduire. Nous nous en excusons auprès des auteurs et auprès de nos lecteurs.

N. D. L. R.

ACTUALITÉS

DESEQUILIBRE ALIMENTAIRE ET POLYURIE

par R. Levent

On a peu écrit jusqu'ici sur la polyurie des sous-alimentés ; au temps de la première guerre mondiale et du blocus, les publications allemandes se sont attachées à d'autres conséquences du rationnement. Dans la période présente, la vedette est jusqu'ici tenue par des méfaits plus graves du déséquilibre alimentaire. L'étude de Decourt, Sassier et Bastin (Société Médicale des Hôpitaux, 28 novembre 1941) semble la première publication sur ce sujet.

Il semble, d'ailleurs, que même chez les intéressés l'attention n'ait pas été immédiatement éveillée et qu'on ait cru quelque temps à une diurèse d'autre espèce (âge, saison d'hiver). L'indifférence ou une certaine crainte du ridicule ont clos les lèvres ; le médecin devait provoquer les confidences. Les mois passant il est devenu notoire que le régime alimentaire était en cause et que dans le troupeau des rationnés « tous étaient frappés ».

L'âge ni le sexe ne sont une protection ; seule la température extérieure a une influence modératrice d'ailleurs incomplète.

La polyurie débute ici de façon graduelle et insidieuse ; d'abord nocturne comme dans la sclérose rénale au début, elle empiète bientôt sur les heures de jour où elle est toutefois moins prononcée. Le réveil nocturne par besoin d'uriner est constant, d'une fréquence qui devient gênante par temps froid surtout. Un caractère impérieux de la miction n'est pas exceptionnel ; le degré de réplétion vésicale ne l'explique pas entièrement ; la vessie semble plus irritable que normalement, dans certaines attitudes surtout.

La quantité excrétée est toujours considérable : trois litres en une nuit ne sont pas une quantité exceptionnelle ; quatre litres, cinq litres ou même plus sont facilement le montant de la diurèse en vingt-quatre heures ; la température extérieure ni la sudation non plus que les incidents diarrhéiques, si fréquents avec une alimentation défectueuse, n'ont d'influence bien durable.

La composition des urines semble se rapprocher de celle des urines normales ; ni albumine ni sucre ; les chlorures semblent, au moins par moments, éliminés en abondance : 25 gr. ou plus en vingt-quatre heures.

Cette polyurie s'accompagne bientôt d'un amaigrissement considérable : dix à quinze kilos souvent, parfois plus. La courbe pondérale est sans doute irrégulière puisqu'on a signalé la perte de trois ou quatre kilos en vingt-quatre heures dans certains cas ; il doit y avoir des reprises temporaires compensatrices. Il est remarquable que cette diurèse ne s'accompagne à aucun moment de soif. Pendant la saison chaude la polyurie s'atténue un peu mais la sudation est réduite au minimum. Tension artérielle et circulation sont peu influencées, mais l'asthénie est un symptôme habituel.

Aucun chiffre précis n'a été publié mais il semble qu'il y ait une déminéralisation, et surtout une perte de calcium notables (lésions dentaires à évolution anormalement rapide).

On connaît mal encore l'évolution de ce syndrome qui est évidemment imputable aux circonstances générales ; on peut penser qu'il disparaîtra avec le retour à un état plus normal.

Son « traitement » est évidemment et uniquement étiologique. Une connaissance plus précise de son mécanisme peut cependant permettre de faire le meilleur usage d'un mauvais jeu.

Que la polyurie soit d'origine alimentaire et due au rationnement paraît hors de doute. L'insuffisance globale de la ration a sans doute une influence mais le déséquilibre dans la ration semble l'élément primordial. C'est depuis que le végétarisme est obligatoire et à mesure qu'il est devenu plus strict que la polyurie est apparue et s'est accentuée. L'absence d'aliments carnés et le rationnement en graisses semblent donc en cause ; la ration en hydrocarbones est en effet moins évidemment insuffisante. Peut-être aussi doit-on faire une part à l'influence de la salure insuffisante des aliments ou encore à l'emploi de « sels » de pureté douteuse et de composition imprécise. Ce point important en raison des relations intimes du métabolisme de l'eau et de celui des chlorures mériterait sans doute d'être précisé.

Les composants de l'alimentation comptent sans doute davantage. Boissons et aliments liquides ont peu changé mais l'eau introduite par les fruits, les légumes verts et aqueux est certainement très supérieure à ce qu'elle est en régime normal ; nombre des légumes courants (choux, poireaux, etc.) sont des diurétiques reconnus.

On connaît aussi l'antagonisme sodium-potassium, or nombre de légumes consommés sont riches en potasse (topinambours, pommes de terre).

On connaît mal le chimisme humoral de sujets qui ne consultent guère. Decourt, Sassier et Bastin ont pu noter : concentration sanguine par perte d'eau et tendance corrélative à l'hyperprotidémie ; augmentation du rapport sérine-globuline. Chlorémie faible et peu influencée par les tentatives de rechloruration, la diminution portant autant sur le chlore globulaire que sur le chlore plasmatique. Richesse du sang en potassium dont le pouvoir diurétique est de notion courante (0,179 dans le plasma, 3,53 dans les globules).

Il y a donc là quelques éléments d'une explication, au moins partielle, de la polyurie des sous-alimentés.

Decourt, Sassier et Bastin notent aussi la diminution du métabolisme basal. Cette notion paraît importante et digne de confirmation. On peut en effet douter que les facteurs concordants que nous venons d'énumérer suffisent à causer une diurèse énorme et persistante, et à expliquer la provenance de l'eau éliminée par les reins. Boissons et aliments n'y sauraient, à notre avis, suffir.

Le sous-alimenté, aussi bien que l'inanitié, consomme ses albumines et ses graisses constitutionnelles ; ne peut-on supposer que de même qu'en régime de suralimentation chronique les combustions sont incomplètes en sous-alimentation, l'organisme tend au contraire à réaliser des combustions aussi complètes que possible, aussi bien des matériaux d'origine que des produits intermédiaires et qu'il amène la plus grande quantité possible de ceux-ci aux derniers termes des combustions organiques : eau et Co^2. Il est donc peut-être licite de former l'hypothèse de l'origine « combustionnelle » d'une partie au moins de l'eau éliminée, l'eau ingérée venant en adjonction ou en remplacement. Le déficit en sodium, l'excès de potassium favoriseraient l'élimination de cette eau surabondante. Il serait donc intéressant que l'étude du métabolisme et du chimisme respiratoire permît de mettre en évidence d'une façon ou d'une autre le gaz carbonique produit par ces combustions de défense et surabondant comme l'eau dont il est le complémentaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 5 mai 1942

Il faudrait revacciner systématiquement les détenus. — M. Maurice Perrin (de Nancy) signale, à l'occasion d'une épidémie de variole constatée autrefois dans une prison et autour d'elle, et de faits précis qui prouvent les risques des règlements actuels, qu'il serait opportun d'instituer la vaccination systématique dès l'incarcération, ainsi qu'une surveillance de l'état de santé des détenus lors de leur libération, même lorsque la détention n'a duré que peu de jours.

La pathogénie du diabète insipide humain. — M. Raoul Kourilsky. — Depuis quarante ans, les données physiologiques fournies par l'expérimentation sur les centres nerveux (Claude Bernard, Camus et Roussy) ou sur la sécrétion hypophysaire (Van der Velden, Farini, Starling et Verney, Verney, Brull, Compère), ont contribué à établir que le diabète insipide humain — considéré autrefois comme une névrose de la soif — était avant tout une polyurie.

Or, des recherches physiopathologiques entreprises depuis 1938 chez huit malades atteints de diabète insipide, ont, au contraire, démontré à l'auteur, que le trouble essentiel du diabète insipide humain n'est pas la polyurie, mais la soif, conformément à l'opinion ancienne de Grisolle et de Trousseau.

Cette conclusion résulte des constatations suivantes :

1° L'analyse clinique minutieuse montre que dans sept cas sur huit la soif tient le premier plan du tableau clinique, sa précession étant retenue trois fois sur huit ;

2° La neurochirurgie a démontré que, dans un cas de diabète insipide guéri par l'ouverture d'un kyste arachnoïdien de la base, la soif disparaît la première instantanément, la polyurie s'alignant ensuite sur le taux des boissons redevenu normal ;

3° L'ingestion volontaire et prolongée de grosses quantités d'eau chez le sujet normal reproduit certains troubles physiopathologiques constatés dans le diabète insipide humain, sur lesquels on a voulu se baser pour établir l'existence, soit d'un trouble de la concentration urinaire en Na Cl, soit d'un trouble tissulaire dit « d'hydrophobie », responsable de la déshydratation et de la soif, alors qu'ils en sont au contraire la conséquence.

Ces résultats, confirmés par les expériences très récentes sur l'animal (Bellows, Van Wagenen, Swann, Swann et Pennès) établissent que la cause du diabète insipide réside avant tout dans un dérèglement de l'appareil de régulation de la soif, siégeant vraisemblablement dans la région hypothalamique. Ce trouble existe indépendamment de la perturbation du centre diurétique situé dans la même région. Il est également soumis à l'influence du lobe postérieur de l'hypophyse. C'est dans cette direction nouvelle que doivent s'engager les recherches physiologiques.

Election d'un membre titulaire dans la II° Section (Chirurgie, Accouchements et Spécialités chirurgicales). — M. Pierre Mocquot est élu par 60 voix sur 73 votants.

Séance du 12 mai 1942

La carie dentaire chez les enfants est un fléau social. — MM. Dechaume et Cauhépé (présentation faite par M. Lereboullet). — La carie dentaire est un fléau social par sa fréquence (sur 1.000 enfants de 4 à 18 ans, 87 % ont des caries) et les troubles qu'elle provoque. Il ne faut pas essayer de prévenir les complications en extrayant les dents, il est indispensable de mettre en œuvre une thérapeutique conservatrice. Il est nécessaire en outre, de concevoir une lutte coordonnée contre la carie dentaire, non dans le cadre d'une hygiène dentaire isolée mais dans celui de l'hygiène médicale générale.

Cinq cas de tétanos généralisé guéris par la séro-anatoxithérapie. — MM. H. Bonnet et P. Froment (présentation faite par M. G. Ramon). — Cette communication concerne cinq cas de tétanos généralisés de la plus haute gravité. Ces cas traités par des doses massives

de sérum antitétanique et par des injections d'anatoxine tétanique répétées tous les cinq jours, à la dose de 2 cc. ont tous guéri. Les auteurs insistent sur l'influence, dans le succès du traitement, de l'antitoxine « passive » et de l'antitoxine « active » se succédant dans le temps. Ils se demandent en outre avec G. Ramon si l'anatoxine n'intervient pas directement pour dissocier le complexe que le poison tétanique peut former avec certains tissus de l'organisme, en particulier la substance nerveuse.

Election d'un membre libre. — M. Tréfouel, directeur de l'Institut Pasteur, est élu par 64 voix sur 84 votants. Il n'est pas besoin de rappeler ses belles recherches sur les sulfamides, poursuivies en collaboration avec Mme Tréfouel dans le laboratoire de M. Ernest Fourneau, à l'Institut Pasteur.

Séance du 19 mai 1942

Rapport. — M. Fabre fait un rapport sur l'utilisation en confiserie de certains noyaux et sur l'emploi de quelques alliages pour les couverts de table.

A la suite de ce rapport l'Académie adopte un vœu :

1° En raison du taux assez élevé d'acide cyanhydrique contenu dans certains noyaux, tant que dureront les difficultés du ravitaillement en amandes douces, l'emploi des amandes amères, à un taux tel que la proportion de 10 m. g. d'a. cyanhydrique ne soit pas dépassé, est toléré.

L'emploi des noyaux d'abricots en confiturerie est admis dans les limites d'usage.

2° Les couverts et vaisselles en acier inoxydable sont autorisés.

Ces mêmes ustensiles en alliage cuivre-zinc recouvert d'une argenture dont l'épaisseur n'est pas définie sont interdits.

Baisse des naissances. — Augmentation des décès de 0 à 1 an en 1940. — MM. Lesage et Moine apportent une triste statistique :

1° Pour 87 départements, on constate par rapport à 1938 : une diminution de 44.602 naissances en 1940.

2° Le nombre des décès de 0 à 1 an qui était de 37.980 en 1938, a été de 48.760 en 1940.

L'excédent des morts a été de 10.781. Ce qui, ajouté à la diminution de naissances du paragraphe 1, donne un *manque de 55.383 enfants.*

3° Le taux des décès de 0 à 1 an, en 1940, est en augmentation de 39,6 % sur celui de 1938.

4° Enfin la courbe de mortalité infantile, qui était descendante depuis 1940, présente de nouveau une période ascendante.

Teneur des divers goudrons en benzopyrène, carbure cancérigène. — M. Kling et Mme Héros.

De l'utilité des examens et des traitements urologiques dans certaines pyélonéphrites du nourrisson et de la première enfance. — M. Lepoutre.

Election d'un membre titulaire dans la première section (Médecine et spécialités médicales) en remplacement du regretté Babonneix. M. Jean Lhermitte est élu par 61 voix sur 73 votants.

M. Ameuille a obtenu 4 voix ; M. Aubertin, 3 voix ; M. Sézary, 2 voix ; M. Chiray, 1 voix ; M. Leroux, 1 voix ; M. Troisier, 1 voix.

Vacances de la Pentecôte. — La séance du mardi 26 mai n'aura pas lieu.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1942

A propos d'un cas de suture de l'uretère après section chirurgicale. — M. Palmer. — M. Mocquot souligne que 75 jours après la suture l'élimination de l'urine se faisait normalement.

Tétanos post-abortum traité par curettage et sérothérapie. Guérison. — MM. Lacroix et Cortial. — M. Sicard, rapporteur.

M. Cadenat a obtenu la guérison dans un cas par hystérectomie et des doses énormes de sérum.

Le traitement des cavités résiduelles des pyothorax tuberculeux par la pleurotomie suivie de cautérisations des perforations pleuro-pulmonaires. — MM. A. Bernon et Goyer. — M. Soupault rapporte ce travail basé sur deux cents observations.

M. R. Monod estime que ces fistules sont rares et doivent être traitées par pleurectomie partielle et thoracoplastie ; leur traitement est difficile.

Occlusion post-opératoire précoce traitée avec succès par la rachi associée à la position de Trendelenburg forcée et au massage abdominal. — M. Laffitte.

Gastrectomie par le procédé de Jean Kocher. — M. Santy.

Traitement du cancer du col de l'utérus. — M. Wilmoth.

Séance du 29 avril 1942

Un cas de tétanos post-abortum. — M. Sicard.

Quelques documents sur les fractures du bassin. — M. Lepoutre attire l'attention sur la fréquence relative des lésions du sacrum au cours des gros traumatismes du bassin.

Traitement actuel de l'hypertrophie de la prostate : opération sanglante ? Opération endoscopique ? Traitement hormonal ? — M. Heitz-Boyer estime qu'un éclectisme total doit présider au traitement de l'adénome prostatique. Il faut tout d'abord distinguer la « cirrhose hypertrophique ou atrophique de la prostate » d'origine inflammatoire avec ses cavités infectées de l'adénome prostatique vrai et il montre les aspects cliniques très différents de ces deux lésions. Dans la prostatite hypertrophiante seule la résection par voie endoscopique est possible et constitue le traitement de choix. M. Heitz-Boyer montre que le traitement hormonal n'agit qu'en déterminant le relâchement du sphincter lisse : il n'est donc pas indiqué dans la prostatite hypertrophiante inflammatoire.

Vis-à-vis de l'adénome les trois techniques ont chacune des indications. M. Heitz-Boyer les précise successivement.

Présentation de malade. Fracture du cou de pied traitée chirurgicalement. — M. Basset.

Séance du 6 mai 1942

Thrombo-phlébite dite par effort du membre supérieur. — M. de Girardier. — M. Sicard rapporte cette observation très typique dans laquelle il fut impossible de mettre en évidence une étiologie infectieuse ; la culture du caillot resta stérile mais la résection de la veine thrombosée amena une guérison complète.

Opération de Richer pour tuberculose vésicale. — M. Goethals-Bosin. — M. Fey, rapporteur.

Fractures du rachis avec accrochage des apophyses articulaires. — MM. Sicard et Eudel rapportent trois cas de cette variété rare des fractures dorsolombaires ; si les manœuvres orthopédiques échouent il faut aller réséquer un segment de l'apophyse articulaire de la vertèbre inférieure.

Fibrome naso-pharyngien. — M. Truffert, à propos d'un cas, discute le traitement chirurgical de cette lésion et en particulier les résultats de l'exérèse par rapport aux traitements radiothérapiques.

Kystes mucoïdes de l'ovaire et mucocèle appendiculaire. — M. Moulonguet rappelle que les épanchements gélatineux du péritoine dépendent de la rupture soit d'un kyste mucoïde soit d'un diverticule de l'appendice. L'association des deux origines s'expliquerait par des analogies cellulaires entre le revêtement kystique et l'épithélium intestinal.

La coexistence des atteintes ovarienne et appendiculaire (qui est fréquente) aurait pour origine un mécanisme nerveux : sécrétion du mucus, accumulation, distension paralytique. L'appendice est un organe mucigène important alors que le kyste ovarien ne contiendrait que de la pseudo-mucine. Il faut toujours examiner l'appendice quand on trouve un épanchement gélatineux péritonéal.

Fièvres post-opératoires. — M. Leriche pense que la fièvre post-opératoire par traumatisme sympathique est possible mais rare. Les larges exérèses du sympathique ne donnent pas d'hyperthermie. Cependant on connaît bien le rôle de la surrénale dans la régulation thermique. Mais trop de facteurs demeurent inconnus pour qu'il soit possible de conclure.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril 1942

Intoxication par le bromure de méthyle. — MM. Louis Ramond et Jean Lacorne. — Un cas de cette intoxication remarquable par les caractères purement fonctionnels et l'évolution irrégulière des troubles nerveux.

A propos de deux cas d'intoxication par le bromure de méthyle. — MM. Ph. Pagniez et A. Plichet, à propos du malade de MM. L. Ramond, et Lacorne, soulignent le caractère durable des troubles moteurs des membres supérieurs, qui se montrent sous l'aspect d'une incoordination marquée avec hypertonie empêchant la décontraction.

Ils ont observé récemment un autre cas d'intoxication par le bromure de méthyle, classique dans sa symptomatologie (coma, crises épileptiques, secousses myocloniques). Il est à noter que ce malade a présenté une phase délirante avec hallucinations et du nystagmus, ce dernier symptôme paraît n'avoir pas été encore signalé.

M. Mollaret pense que les symptômes nerveux présentés par le malade de M. Ramond sont organiques cent pour cent et constituent un syndrome du pédoncule cérébelleux supérieur.

M. Decourt discute les caractères des associations organico-fonctionnelles.

Résultats lointains d'une greffe d'hormone corticale de synthèse chez une addisonnienne. — M. de Gennes.

Pancréatite lithiasique avec diabète et sténose duodénale. — MM. N. Fiessinger et Cl. Albahary.

Ictère hémolytique au cours d'un éléphantiasis cyanique. — MM. N. Fiessinger, Gaultier et Albahary.

Hémorragie mortelle par cancer du rectum au cours d'une spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. N. Fiessinger, Ledoux-Lebard et Jacques Loeper.

Forme fruste et abcès sous-phrénique dû à une infection streptococcique. — MM. N. Fiessinger, Tiffeneau et Jacques Loeper.

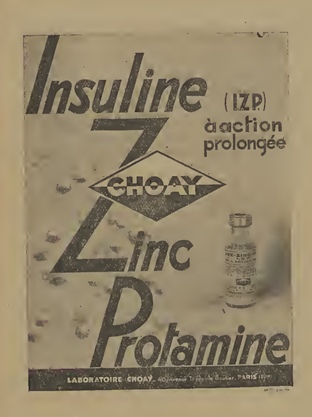
AMPOULES DE 2 centic. 5 centic. 10 centic.

CALCIUM CORBIÈRE

POUR INJECTIONS ENDOVEINEUSES ET INTRAMUSCULAIRES INDOLORES

GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %

LABORATOIRE CORBIÈRE, 27, RUE DESRENAUDES _ PARIS



INFECTIONS A STREPTOCOQUES ET A STAPHYLOCOQUES

Abcès - Phlegmons - Panaris - Lymphangites
Anthrax - Furoncles - Pyodermites
Infections puerpérales et grippales
Broncho-pneumonies

VACCIN R. N.

VACCIN DES INFECTIONS DIFFUSES ET DES SUPPURATIONS MAL COLLECTÉES

La SÉLECTION des FORMES JEUNES
des microbes porte au MAXIMUM
l'activité du vaccin
RÉDUIT au MINIMUM les réactions

LABORATOIRES PÉPIN ET LEBOUCQ · Courbevoie (Seine)

BOLDINE HOUDÉ

Remplace avantageusement
toutes les préparations de Boldo

LABORATOIRES HOUDÉ, 9, RUE DIEU, PARIS (10e)

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 15 mars 1942

Les insuffisances aortiques congénitales. A propos d'une insuffisance aortique symptomatique d'aorte quadricuspide. — MM. R. Froment, A. Bertoye et J. Perreau isolent les types suivants de cette cardiopathie exceptionnellement congénitale qu'est l'insuffisance aortique. 1° Insuffisance aortique solitaire par anomalie valvulaire. 2° Insuffisance et rétrécissement aortiques associés. 3° Insuffisance aortique compliquant une communication interventriculaire, dont le mécanisme a été bien précisé par Laubry. 4° Insuffisance aortique compliquant une sténose isthmique, sur la fréquence de laquelle Lian a insisté. 5° Insuffisance aortique coexistant avec un anévrysme aortique congénital. Dans tous ces cas, l'I. A. semble souvent une perturbation seconde liée à ces remaniements inflammatoires discrets et localisés ou aux modifications physo-pathologiques que commandent directement les malformations initiales.

Nouvelle observation de cirrhose et de myocardite pigmentaires. — MM. R. Froment, M. Levrat, A. Vachon et Plauchu. — Les auteurs apportent un nouveau cas de cette association décrite, en 1932, par Bezançon, de Gennes, Delarue et Oumansky ; s'attachant spécialement ici à l'étude anatomo-pathologique, ils insistent sur l'existence de lésions de myocardite véritable et montrent grâce à des colorations électives que, dans leur cas, l'infiltration pigmentaire commande sans conteste d'importantes altérations du tissu musculaire.

Le problème du block sino-auriculaire. — MM. R. Froment et M. Bonnet reprennent l'étude clinique détaillée de ce trouble rythmique de signification controversée, en se basant sur 101 observations réunies dans la thèse de l'un d'eux. Après avoir passé en revue les formes isolées (typiques ou atypiques) et les formes intriquées (avec le bloc A. V., les échappements ventriculaires et l'arythmie sinusale banale), après avoir montré que les conditions étiologiques correspondent dans l'ensemble à celles d'une lésion organique cardiaque souvent révélée par l'intervention de troubles vago-sympathiques, les auteurs concluent que l'arythmie considérée correspond probablement à un block intra ou péri-sinusal, mais que son individualisation certaine est entravée par l'ignorance de ce que peut être le temps de conduction sino-auriculaire pathologique et surtout par l'impossibilité de mettre directement en évidence l'activité sinusale.

A propos des calcifications valvulaires. — M. Ch. Laubry. — Observation d'un homme de 34 ans, atteint de rétrécissement mitral associé à une insuffisance aortique. A l'occasion d'examens successifs on observe des fluctuations de la séméiologie objective tandis qu'évolue une insuffisance cardiaque avec arythmie complète rapidement évolutive. A la période terminale, l'examen radioscopique révèle des calcifications se présentant sous forme d'une masse sombre dans la région valvulaire, se détachant sur le fond de l'ombre cardiaque. Quelques jours plus tard, l'autopsie montre en effet, une mitrale soudée en entonnoir avec, sur sa face auriculaire, des végétations calcifiées, l'une d'entre elles atteignant le volume d'une noisette. Contrairement à ce que la clinique et la radioscopie faisaient supposer, l'orifice aortique était moins atteint : seule une étude radiologique poussée permet le diagnostic exact de localisation.

Le triphasisme de l'onde rapide chez les neurotoniques, les éréthiques et les coronariens (sa fréquence et sa valeur dans les dérivations précordiales et périphériques). — M. Maurice Jacquet.

A propos d'un cas de gastrorragie mortelle chez un coronarien. — MM. J. Lenègre et J. Biro.

Association chez un malade d'âge moyen d'un ulcère gastrique, d'angine de poitrine et d'artérite oblitérante des membres inférieurs. — M. J. Facquet.

Syndrome myocardique mortel chez un aortique soumis à un traitement antisyphilitique. — MM. E. Donzelot et Emam-Zade. — Un sujet de 57 ans, atteint de double lésion aortique d'origine tréponémique, présente quelques phénomènes dyspnéiques. Il est soumis en janvier et en mai 1941 à deux cures bismuthiques ; au cours de la première série d'injection apparaissent des phénomènes angoreux d'effort ; au cours de la seconde série des crises angoreuses prolongées et des accidents de défaillance cardiaque avec oligurie et œdèmes. Il meurt malgré le traitement tonicardiaque, le 17 juillet 1941.

A l'examen du myocarde ventriculaire gauche, on constate l'existence en certains points d'un piqueté hémorragique. Les coupes histologiques pratiquées à ce niveau montrent quelques extravasations sanguines et surtout une vasodilatation considérable au sein de fibres myocardiques intactes.

Cette observation montre que la thérapeutique antisyphilitique peut, vraisemblablement par l'intermédiaire de son action sur les lésions aortiques, provoquer dans le myocarde des troubles vaso-moteurs, susceptibles à leur tour de déclencher une insuffisance cardiaque d'emblée irréductible.

Valeur diagnostique de l'aspect en miroir du ventriculogramme en D^1 et D^3. — MM. Soulié, Joly et P. Laubry.

Radiokymographie de l'infarctus du myocarde. — MM. Heim de Balsac, R. et G. Marquis.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 14 mars 1942

Action de la désoxycorticostérone sur la surrénale. — MM. R. Courrier et G. Poumeau-Delille n'ont observé, chez le rat et chez le cobaye, aucune influence nocive de l'acétate de désoxycorticostérone sur la cortico-surrénale.

Protection du lapin par l'hypothermie contre le choc anaphylactique. — Importance de la dose déchaînante. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer montrent que l'effet protecteur de l'hypothermie vis-à-vis du choc anaphylactique peut manquer pour une dose déchaînante très élevée.

Les antigènes glucido-lipidiques, inhibiteurs du tactisme leucocytaire. — MM. A. Delaunay, M. Delaunay et Y. Lehoult signalent que chez l'animal, l'injection d'un milligramme d'un antigène glucidolipidique inhibe tout tactisme leucocytaire. Action inhibitrice d'origine toxique qui n'a plus lieu chez des cobayes immunisés.

Apparition d'une substance hypotensive dans le sang veineux gastrique à la suite d'une injection d'adrénaline. Hypothèse sur la transformation de l'adrénaline dans l'organisme. — MM. J.-L. Parrot et Fr. Verliac pensent qu'il s'agit là d'une substance particulière, résultant d'une transformation de l'adrénaline par l'estomac et directement responsable de la sécrétion gastrique provoquée par l'adrénaline.

Séance du 28 mars 1942

Recherche de l'influence de l'acide ascorbique sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer n'ont retrouvé aucun pouvoir protecteur de l'acide ascorbique vis-à-vis du choc anaphylactique, pas plus chez le lapin sensibilisé que sur l'utérus ou l'intestin isolé du cobaye.

Sur le mécanisme d'action de différents vaso-dilatateurs. — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler approfondissent le mécanisme des effets hypotenseurs de l'histamine, de la trinitrine, de la papavérine (et de l'acétylcholine).

Séance du 11 avril 1942

Consommation de l'acide ascorbique en fonction de l'alimentation. — MM. A. Giroud, A. Ratsimamanga et H. Chalopin montrent que la consommation de l'acide ascorbique est d'autant plus grande que le régime a une valeur énergétique plus élevée : minima avec le régime carné, maxima avec le régime hydrocarboné.

Réactions du mésentère du cobaye au venin et à l'anavenin de vipera aspis. — MM. P. Boquet et A. Delaunay ont constaté que l'anavenin a perdu à la fois son action nocive générale et ses propriétés hémorragiques locales ; son activité sur les capillaires du mésentère est inhibée par le sérum spécifique.

DIGIBAÏNE
COMPLEXE TONI-CARDIAQUE
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE
LABORATOIRES DEGLAUDE, 15, boulevard Pasteur - PARIS-XVe

BELLADENAL
SPASMOLYTIQUE RENFORCÉ - SPÉCIFIQUE DES ÉTATS DE CRISE ET DES CAS RÉSISTANTS
1 A 4 COMPRIMÉS PAR JOUR - ÉPILEPSIE : JUSQU'A 6 COMPRIMÉS
PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (17e) - B. Joyeux, Docteur en Pharmacie

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le Dr Raymond Grasset Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé reçoit les représentants de la Presse Médicale Française

Vendredi 1er mai, le nouveau Secrétaire d'Etat à la Santé a réuni dans son cabinet les représentants de la Presse Médicale Française avec lesquels il désirait s'entretenir en prenant possession de ses hautes fonctions.

Le Dr Raymond Grasset, on le sait, est né à Riom où exerçait son père. Il exerce lui-même à Clermont-Ferrand. Pendant la grande guerre il fut blessé à Verdun. Il est commandeur de la Légion d'honneur à titre militaire et Croix de Guerre 1914-1918. Il est le Président des Anciens Combattants du Puy-de-Dôme.

Assisté du Secrétaire général à la Santé, le Dr Léon Aublant, le ministre reçut fort aimablement ses confrères que lui présentait le Dr Dequidt.

La Presse Médicale était représentée par le Pr Loeper, Président de l'Association de la Presse Médicale Française, le Pr Noël Fiessinger, vice-président, le Dr F. Le Sourd, président honoraire, le Dr Julien Noir, M. G. Masson, les Drs Clément Simon, Descomps, Bertillon, Guyot.

Le Ministre fit alors la brève déclaration suivante :

Déclaration du Secrétaire d'Etat

« Un malaise s'est élevé, qui n'a cessé de s'aggraver, entre le corps des praticiens et le Gouvernement.

« L'heure et les circonstances ne se prêtent pas à un tel débat.

« J'entends détendre l'atmosphère.

« Médecin-praticien, fils de médecin, j'apporterai à l'exercice de la fonction ministérielle l'esprit de mon labeur quotidien : préoccupation scrupuleuse de ce qu'on doit à ceux qui souffrent, sauvegarde de notre dignité professionnelle.

« J'envisage une réforme profonde de tout ce qui concerne la protection de la santé, le perfectionnement physique, psychique, sensoriel de la race.

« J'ai le désir de modifier les conditions actuelles de l'exercice professionnel en rétablissant le circuit de confiance entre les médecins, leur cadre corporatif et le Gouvernement.

« J'étudie avec les hautes personnalités médicales et corporatives les plus qualifiées ce qu'il convient de faire dans ce sens, et dont les grandes lignes sont déjà dans ma pensée.

« Je veux rendre aux médecins la qualité majeure, étant bien convenu que la tâche à entreprendre en commun comportera de larges ambitions et de lourdes responsabilités.

« Je ne doute pas que nos efforts conjugués seront à la hauteur des circonstances où se débat notre patrie meurtrie et de la volonté de rénovation nationale qui anime son Gouvernement. »

Le Pr Loeper remercia le Ministre au nom de tous et attira son attention sur les graves difficultés que rencontre actuellement la presse médicale. Une conversation générale s'engagea ensuite au cours de laquelle le Ministre compléta sa déclaration en affirmant sa volonté de garantir les intérêts des *médecins des prisonniers*. Si les ruraux sont moins affectés que les citadins. Il importe cependant de leur permettre de retrouver intacte la situation qu'ils ont abandonnée pour obéir à leur devoir.

Ceux des villes ne retrouveront rien, pour le plus grand nombre, la clientèle ayant disparu dans bien des endroits. Le Ministre demande au Conseil supérieur de l'Ordre de garantir à ces confrères très éprouvés le monopole de certaines fonctions administratives (inspection des écoles, etc.) assurant d'emblée un minimum de vie auquel les médecins des prisonniers ont un droit qui prime tous les autres intérêts.

***

Une conférence de l'Institut d'Etudes Corporatives et Sociales sur l'organisation corporative de la médecine

Les idées du jour n'ont pas trouvé dans les réalisations du récent Secrétariat d'Etat à la Santé toute la consécration qu'on eût souhaitée. Elles ont été marquées d'étatisme plus que de corporatisme et n'ont pas engagé la profession médicale dans une voie entièrement conforme aux désirs des médecins.

L'Institut d'Etudes Corporatives et Sociales, placé sous le haut patronage du Chef de l'Etat, a pris l'initiative d'organiser une conférence sur l'Organisation corporative de la Médecine, qui s'est tenue à la Salle de la Société de Géographie, le 8 mai, à 17 heures 30. Elle fut *présidée par le* Pr P. Mauriac, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Les conférenciers étaient le Dr Hollier, ancien membre du Conseil supérieur de l'Ordre, *et le* Dr Raymond Bernard, chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Le Dr Hollier exposa un plan d'organisation de la Médecine sociale en régime corporatif.

Le Dr Raymond Bernard donnant un aperçu de son livre « Corporation Médicale » qui vient de paraître à l'Institut d'Etudes Corporatives et Sociales (1) se borna à un sujet concret et précis, celui de l'organisation syndicale, qui d'après lui devra être la base même de l'organisation corporative de la médecine.

(1) Institut d'Etudes Corporatives et Sociales, 110, boulevard Saint-Germain. « Corporation Médicale », 22 francs. Franco : 25 francs.

Ordre national des Médecins

Communiqué du Conseil supérieur

La Commission des Médecins sinistrés créée par le Conseil supérieur de l'Ordre fait connaître que :

1° Le Conseil supérieur dispose immédiatement d'une somme à répartir entre les médecins sinistrés.

Il ne peut faire cette répartition qu'une fois connue la situation exacte des médecins sinistrés de France. C'est pourquoi il leur est demandé d'établir l'état de leurs sinistres mobiliers et immobiliers professionnels, et de l'envoyer à la Commission des Médecins sinistrés, Conseil supérieur de l'Ordre, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e).

2° Des médecins sont encore, chaque jour, victimes de sinistres de guerre, en particulier dans la zone côtière.

La Commission des Sinistrés leur attribuera d'urgence une aide, dès réception d'une demande motivée donnant tous renseignements sur la date, le lieu et l'étendue du sinistre professionnel.

Cette demande devra être adressée directement par le sinistré à la Commission des Médecins sinistrés.

— Par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, en date du 7 avril 1942, M. Surun, maître des requêtes au Conseil d'Etat est désigné en qualité de conseiller juridique du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. (*J. O.*, 24 avril 1942.)

***

La conférence de presse du 18 mai 1942

M. le Professeur Leriche, président du Conseil supérieur et M. le Dr Laurent, secrétaire général, ont exposé lundi à la presse médicale les derniers travaux du Conseil Supérieur.

Retraite des médecins. — M. Leriche a déposé au Ministère de la Santé Publique le projet de loi rendant obligatoire le versement à cette œuvre de prévoyance. La pension sera réversible sur la veuve. Notons que si le médecin est tenu de cotiser il n'est pas obligé de prendre sa retraite à 65 ans et il a le droit de continuer à exercer s'il le désire.

Dans une prochaine réunion, le Conseil Supérieur donnera des détails sur le fonctionnement de la Caisse de retraite dont les ressources seront fournies par les cotisations, par des dons, et éventuellement par un timbre à créer pour les certificats médicaux.

Précisons encore que le *principe de la prévoyance obligatoire* a été seul retenu. Les œuvres *d'assistance* actuelles (A. G., F. E. M., Association des Médecins de la Seine, du Rhône, etc.), continueront à fonctionner comme par le passé. De plus, les Conseils départementaux, héritiers de l'avoir des syndicats, pourront en disposer en faveur des comités départementaux d'assistance.

Médecins de prisonniers. — Le Conseil supérieur demande que dans chaque Conseil départemental figure un médecin retour de captivité, représentant les médecins et étudiants encore prisonniers. M. Leriche mentionne à ce sujet les projets du Secrétaire d'Etat à la Santé que nous signalons d'autre part.

Le Conseil s'est occupé en outre de questions importantes : *assurances sociales, nomenclature nouvelle des actes médicaux*, appels des *médecins israélites* interdits, admission aux *remplacements* des externes des hôpitaux à 20 inscriptions ; *médecins propharmaciens* ; *soins aux militaires*.

En terminant, une fâcheuse nouvelle : la *carte T* est définitivement refusée aux médecins jusqu'à la prochaine récolte.

***

Le Comité de Coordination des Conseils de l'Ordre des Médecins de la région parisienne s'est réuni, le 19 avril 1942, à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Cette réunion avait pour objet principal l'adoption d'un texte définitif de convention entre les Conseils départementaux de l'Ordre

PRENEZ PLUTOT un comprimé de
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
CORYDRANE
ACÉTYL - SALICYLATÉ DE NORÉPHÉDRANE
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)
l'aspirine qui remonte

des Médecins et l'Union des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne. L'accord entre ces divers organismes n'avait pu être obtenu au cours des réunions de la Commission paritaire du 26 février et du 26 mars derniers. Au cours de la réunion du 19 avril, plusieurs modifications ont encore été apportées au projet qui, ainsi remanié, sera soumis à nouveau prochainement à la Commission paritaire, et paraît devoir être alors accepté par les deux parties (La Commission paritaire qui s'est réunie le 23 avril a effectivement adopté le nouveau projet remanié et la signature de la Convention n'est plus qu'une question de jours).

Le Comité de Coordination a examiné ensuite le projet de Convention type : Ordre des Médecins, Caisses d'Assurances sociales, proposé par le Conseil supérieur de l'Ordre et soumis par lui à l'appréciation des Conseils départementaux. Ce projet qui prévoit notamment des négociations et des ententes entre Conseils départementaux et Caisses pour l'établissement des tarifs, et qui prévoit en outre l'arbitrage des Ministres du Travail et de la Santé en cas de non-entente, a paru inacceptable au Comité de Coordination parce que ne respectant pas l'indépendance de la profession vu le principe tant de la non-immixtion des Caisses dans la fixation des honoraires minima que de la non-immixtion des Conseils de l'Ordre dans l'établissement des tarifs de responsabilité. Pour sa part, le Comité de Coordination s'en tient à la Convention que les Conseils départementaux de la Région parisienne vont signer avec les Caisses, Convention qui respecte tous les principes de la Charte médicale et l'entente directe en particulier.

CHRONIQUE

TROIS LEÇONS INAUGURALES

Leçon inaugurale du Professeur Leveuf (27 avril)

Après la présentation traditionnelle par le doyen Baudouin, Jacques Leveuf, le nouveau professeur, évoque son passé, ses camarades d'études : Girode, Roux-Berger, Cauchoix. Ses maîtres : Potocki, Thierry, Segond, Ombrédanne, Legueu, et enfin Pierre Delbet, esprit encyclopédiste, savant, écrivain, artiste, esprit comparable aux grands hommes de la Renaissance, près duquel il a vécu pendant vingt ans.

La chaire dont prend possession M. Leveuf a été occupée successivement par Kirmisson, Auguste Broca, Ombrédanne. Elle comprend à la fois l'enseignement de la chirurgie infantile et de l'orthopédie, habituellement séparées dans les universités étrangères.

La chirurgie infantile, différente de la chirurgie des adultes, tend à se dissocier. Elle comporte des affections justiciables de spécialistes oto-rhino-laryngologistes, urologistes, chirurgiens pulmonaires, neuro-chirurgiens, autant de branches que le professeur devra confier à des assistants spécialisés. Le laboratoire devra être développé de même que les contacts avec les médecins d'enfants.

Quant à l'orthopédie, son domaine s'est considérablement agrandi dans ces dernières années. Prenant en exemple la physiologie de l'os, et la pathogénie et le traitement de la luxation congénitale de la hanche, Leveuf montre les énormes progrès accomplis dans nos connaissances des affections de l'appareil locomoteur.

Mais il y a encore d'énormes vides à combler surtout dans l'organisation du traitement des enfants infirmes. Pour ces enfants qui doivent, pour être régulièrement soignés, séjourner des mois et des années dans un centre hospitalier, aucune loi, aucun règlement ne prévoit, en France, leur instruction et leur éducation professionnelle.

La création d'un grand centre orthopédique, doué de moyens de dépistage à la naissance des malformations congénitales (luxation, pieds bots) permettant le traitement précoce qui est le gage de leur curabilité, assurant non seulement le traitement chirurgical des infirmes mais aussi leur instruction, leur éducation professionnelle, s'impose à nous. Ce n'est pas une charité. mais la justice.

Plaidoyer plein d'ardeur et de foi que le nouveau professeur termine par ces mots : « Dans les heures sombres que nous vivons, le travail est notre refuge et notre espoir. » Et il rappelle aux jeunes cette devise inscrite sur le seuil d'un hôtel des Baux : **Post tenebras lux.**

M. L.

Leçon inaugurale du Pr Donzelot

Le 4 mai 1942, le Professeur Donzelot, prenait possession de la chaire de cardiologie dont le Pr Vaquez fut le promoteur et le Pr Laubry le premier titulaire.

Après avoir dit tout ce qu'il devait à ses maîtres : Galliard, Teissier, Thoinot et Vaquez, le Pr Donzelot aborde l'histoire de la cardiologie.

Dans une première période qui englobe l'Antiquité et le Moyen Age, ce ne sont que conceptions fantaisistes, car on confondait les affections du cœur et de l'estomac.

Au cours d'une deuxième période qui s'étend du XVIIe siècle à la fin du XIXe, Harvey découvre la circulation en 1628, l'étude du cœur s'enrichit des constatations cliniques et anatomiques de Vieussens, Pecquet, Morgagni. Withering introduit à la fin du XVIIIe siècle la digitale en thérapeutique cardiaque.

Mais il faut attendre Corvisart et Laënnec pour que la cardiologie soit révolutionnée par l'introduction en clinique de deux modes d'exploration fondamentaux : la percussion et l'auscultation.

A leur suite, Bouillaud établit la nomenclature des affections valvulaires, reconnaît l'importance des bruits de frottement, la valeur de bruit de galop, établit les rapports du rhumatisme articulaire aigu et de l'endocardite. Puis ce furent en France les travaux de Potain, à l'étranger ceux de Kusmaül, Rokitansky, Traube.

Enfin le Pr Donzelot s'étend longuement sur une troisième période au cours de laquelle, depuis cinquante ans, la cardiologie a bénéficié des progrès de la physiologie, des applications de la mesure de la tension artérielle, de l'inscription graphique du cœur et des vaisseaux, de l'électrocardiographie, de la phonocardiographie tandis que la physiopathologie et la thérapeutique faisaient des progrès constants.

Tout ceci ne fut possible que grâce à la valeur de cliniciens remarquables au premier rang desquels le Pr Donzelot place Wenckebach, James Mackenzie et Henri Vaquez dont il évoque l'œuvre magnifique.

Grâce à Vaquez et à ses élèves, notre pays a conservé, en matière de cardiologie, la prééminence que lui avaient donnée les travaux de leurs devanciers.

Nous ne doutons pas que le Pr Donzelot, dont M. le Doyen avait rappelé au début de la séance « les qualités de chercheur, l'esprit de finesse et de mesure » ne sache par son enseignement former de grands praticiens modernes.

M. L. S.

Leçon inaugurale du Pr Pierre Brocq (12 mai)

Neveu du Pr Brocq qui fut une des gloires de la dermatologie française, le nouveau professeur continue heureusement la tradition familiale. Il reporte le mérite de ses succès sur ses maîtres : Terrier et Gosset, G. Lyon, Rochard, Siredey, Florand, Thierry, Launay, Pierre Delbet, Lenormant et surtout Félix Lejars. Il a passé quatorze années dans le service de l'auteur de l'incomparable « Chirurgie d'Urgence », et il trace de Lejars à l'hôpital un tableau touchant et plein de reconnaissance émue. Il retrace aussi le portrait de Pierre Duval, cet aristocrate de la chirurgie, toujours en avance sur son époque, auquel il est aujourd'hui appelé à succéder.

Ce sont les grandes lignes de l'évolution de la chirurgie qui forment le thème de la leçon. D'abord basée sur l'anatomie et la technique, avec l'anesthésie, l'antisepsie puis l'asepsie, elle étend les limites de son action et pense avoir atteint la perfection, mais on ne tarde pas à voir les inconvénients de larges exérèses, aussi la chirurgie tend-t-elle à devenir plus physiologique, plus conservatrice. Un pas de plus et elle recherche ses directives dans la biologie, tenant compte de toutes les réactions de la vie à l'acte chirurgical.

Trois exemples : l'évolution de la chirurgie des fibromes, de l'ulcère du duodénum, de la thyroïdectomie, illustrent la description de cette marche en avant.

Et maintenant une nouvelle ère, aux horizons illimités, est ouverte avec la chirurgie du grand sympathique et son action sur les viscères.

Puis, après des aperçus sur la réparation des tissus (l'os, le péritoine), des organes, sur la maladie post-opératoire et ses causes, M. Brocq arrive à tracer les règles de la préparation physique et morale de l'opéré, et les règles de ménagement des tissus, des organes au cours de l'acte opératoire, tracées par l'Ecole de Terrier.

La technique a fait des progrès énormes, mais elle n'est qu'un moyen, ce sont les directives qui mènent au progrès, sages paroles livrées à la méditation des jeunes.

M. L.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

LAXATIF - CHOLAGOGUE - VERMIFUGE - ANTISEPTIQUE INTESTINAL

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS DOSÉS { *à un milligramme, à un quart et à un demi-centigramme* / *à un, deux et cinq centigrammes*

MÉDICAMENT de CHOIX en MÉDECINE INFANTILE

LABORATOIRES VICARIO, 17, Bd HAUSSMANN - PARIS (9e)

DIURÈNE

EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris

TRINITRINE
ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVI°



SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ

Possède toutes les activités thérapeutiques du **sulfamide**, renforcées par la molécule **camphre soluble** qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.

ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT.

Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme.

2 formes : comprimés et poudre.

Tableaux de Traitements sur demande

Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XV°
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON

GÉNÉSÉRINE

SÉDATIF DE L'HYPER-EXCITABILITÉ SYMPATHIQUE

L'Hypo-acidité, la dyspepsie atonique, le syndrome solaire **des estomacs paresseux**

La tachycardie — les palpitations **des cœurs nerveux**

GRANULES - GOUTTES - AMPOULES

Laboratoires AMIDO
4, Place des Vosges - PARIS
Zone libre : Laboratoires des Produits Amido - RIOM (P.-de-D)

Vient de paraître

LA 9ME ÉDITION
DU
FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**
Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00

ESTOMAC

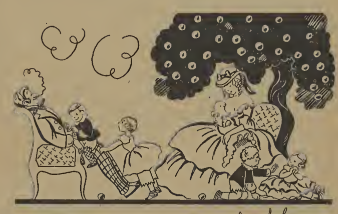
SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
-::- GASTRALGIES -::-

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, RUE DE BOULAINVILLIERS, PARIS

Viosten

Lipoïdes, Phospbatides, Vitamines



Pour avoir récolte au verger faut de bonne heure le fortifier

Deficiences organiques

Comprimés • *Injections de 1 c.c.* • *Granulés*

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRENOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS

3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

FORMULE

Peptones polyvalentes	0.03	Extrait fluide d'Anémone ..	0.05
Hexaméthylène-tétramine .	0.05	Extrait fluide de Passiflore.	0.10
Phényl-éthyl-malonylurée ..	0.01	Extrait fluide de Baldo ...	0.05
Teinture de Belladone	0.02	pour une cuillerée à café	
Teinture de Cratægus	0.10		

DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires

LABORATOIRES LOBICA - 25, Rue Jasmin - PARIS (16e)

25

RÉPARTITION DES SERVICES HOSPITALIERS

N° 23. — 6 JUIN 1942 | 115e ANNÉE | Ce numéro : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr.
Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône)
Chèques postaux : Lyon 218 (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX (Liste des membres du Jury par ordre du tirage au sort). Ophtalmologistes : MM. les Drs Coutela, Velter, Parfonry, Cerise, Renard, Monbrun, Bourdier. — Médecin : M. Jacob. — Chirurgien : M. Senèque.

CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. Section A. — Séance du 27 mai 1942. MM. les Drs Weill : 19 ; Frumusan : 19 ; Fauvert : 19,5 ; Netter : 18.

CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (Admissibilité). Section B. — Séance du 26 mai 1942. MM. les Drs Meyer : 18,5 ; Antonelli : 17 ; Lereboullet : 20 ; Benoist : 19.

Séance du 29 mai 1942. — MM. les Drs Salles : 16 ; Rossier : 18,5 ; Weill : 18 ; Frumusan : 16.

CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (Consultation écrite). Section C. — Séance du 27 mai 1942. MM. les Drs Brocard : 20 ; Boudin : 19 ; Rambert : 17,5 ; Even : 20.

CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX (admissibilité). — Séance de lecture du vendredi 22 mai 1942 (anatomie et physiologie). M. Varangot : 27 ; M. Merger : 27 ; Mme Fayot-Petit Maire : 25.

Séance du 23 mai 1942 (anatomie, physiologie). — M. Jamain : 22 ; M. Richard : 22 ; M. Morin : 26.

Séance du 26 mai 1942 (obstétrique). — MM. les Drs Richard : 20 ; Jamain : 23 ; Varangot : 27.

Séance du 27 mai 1942 (obstétrique). — Mme le Dr Fayot-Petitmaire : 25 ; MM. les Drs Merger : 28 ; Morin : 26.

CONCOURS D'ATTACHÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — Ont été nommés : MM. Grange, Morin, Grain, Faidherbe, Degand, Perroy, Huant.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — Liste des candidats reçus. MM. les Drs : Vialatte, 51 ; Mongardien, 51 ; Mlle Montalant, 48 ; Nel, 42 ; Fouquet, 39 ; Mlle Soudant, 38 ; Barnier, 34 ; Cuzin. 34 ; Mlle Plassat, 33.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours annuel pour les prix à décerner aux internes en pharmacie s'ouvrira le 1er juillet 1942, à 9 heures du matin, 3, avenue Victoria. Inscriptions du 1er au 16 juin 1942 inclusivement, de 14 à 17 heures, à l'Administration centrale (bureau du Service de Santé).

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Par décret en date du 27 avril 1942 sont réinvestis dans leurs fonctions de membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, comme représentants du Conseil municipal : MM. Bequet, Calmels, Castellaz, Torchaussé, Trochu.

Sont nommés membres du Conseil de surveillance, comme représentants du Conseil municipal : Mlle Hardouin, en remplacement de M. Brandon ; M. Brodin, en remplacement de M. de Fontenay ; M. Max Jayle, en remplacement de M. Lobligeois ; Mlle de Miribel, en remplacement de M. Raymond Laurent ; M. Paul Nart, en remplacement de M. Rigaud.

Sont nommés membres du Conseil de surveillance, comme représentants des maires de Paris : M. Susini, en remplacement de M. Blottière, décédé ; M. Gaussorgues, en remplacement de M. Viet, non réinvesti.

M. Brehier (Charles-Léon), administrateur du bureau de bienfaisance, est nommé membre du Conseil de surveillance, en remplacement de M. Minerel, décédé.

M. le Dr Raphel est nommé membre du Conseil de surveillance, comme représentant des médecins de l'assistance à domicile, en remplacement de M. le Dr Guérin, décédé.

M. le professeur Baudoin, doyen de la Faculté de Médecine, est nommé membre du Conseil de surveillance, comme représentant de la Faculté de Médecine, en remplacement de M. le professeur Tiffeneau.

M. Barthet, conseiller départemental de la Seine, membre et ancien président de la Chambre de Commerce de Paris, est nommé membre du Conseil de surveillance, comme représentant de la Chambre de Commerce, en remplacement de M. Chaner, démissionnaire.

M. le professeur Portes est nommé membre du Conseil de surveillance, comme représentant des accoucheurs des hôpitaux, en remplacement de M. le Dr Levant, démissionnaire.

M. de Fontenay est nommé membre du Conseil de surveillance, hors catégorie, en remplacement de M. Silhol, démissionnaire.

M. Silhol, maître des requêtes honoraire au Conseil d'Etat, est nommé membre honoraire du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris. (*J. O.*, 20 mai 1942.)

Concours de médecin de sanatorium. — Un concours sur titres est ouvert pour l'attribution d'un poste de médecin titulaire au Sanatorium Emile-Roux, domaine de La Musse, par Evreux (Eure). Traitement de début : 35.000 francs. Indemnité de vie chère : 3.000 francs. Avantages en nature habituels. Adresser les demandes de candidature au Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Faculté de Médecine de Lille. — La chaire de chimie minérale et toxicologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante (dernier titulaire : M. Vallée). (*J. O.*, 20 mai 1942.)

L'ancienneté des médecins soumis au nouveau régime d'études. — Le *Journal Officiel* du 24 mai publie la loi n° 560, du 22 mai 1942, abrogeant le texte du paragraphe 2 de l'article 68 de la loi du 4 mars 1929 et le remplaçant par le texte suivant :

« Cette nomination compte du 31 décembre de la dernière année d'études et comporte une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, correspondant respectivement au temps minimum, diminué de deux ans, des études de médecine et de pharmacie. »

Secrétariat d'Etat à la Santé. — La loi du 18 mai 1942 (*J. O.*, 19 mai 1942) place le Commissariat général à la Famille sous l'autorité du Chef du Gouvernement. En conséquence, le Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé prend le titre de « *Secrétariat d'Etat à la Santé* ». (*J. O.*, 19 mai 1942.)

CABINET DU SECRÉTAIRE D'ETAT. — M. le Dr Georges Dequidt, inspecteur général des Services administratifs au Ministère de l'Intérieur, est nommé directeur du Cabinet.

M. le Dr L. F. Vidal, directeur régional, est nommé chef de Cabinet à l'échelon de Vichy.

M. le Dr Pierre Theil, inspecteur de la Santé, est nommé chef de Cabinet à l'échelon de Paris.

INSPECTION MÉDICALE DE LA SANTÉ. — Mme le Dr Viguié, inscrite sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin inspecteur adjoint de la Santé à la suite des épreuves du concours ouvert le 10 février 1942 au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé, a été nommée médecin inspecteur adjoint de la Santé de Seine-et-Oise.

M. le Dr Polge, médecin inspecteur de la Santé de la Meuse, a été nommé médecin inspecteur de la Santé de la Vienne.

M. le Dr Wolff, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Meuse, a été chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de la Meuse.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE DE FRANCE. — MM. les Drs André Maurer et Robert Monod, chi-

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE — 27, Rue de la Procession - PARIS 15

rurgiens des hôpitaux, ont été nommés membres du Comité consultatif d'hygiène de France (section de la tuberculose).

LA RÉPARTITION DE L'INSULINE. — Un arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé, en date du 7 mai (*J. O.*, 19 mai 1942), réglemente la répartition et la distribution de l'insuline aux diabétiques, en échange de bons.

Dans les cas d'urgence, le pharmacien peut exécuter l'ordonnance sans exiger la remise des bons prévus dans ledit arrêté.

Education nationale. — Le *Journal Officiel* du 24 mai 1942 publie un arrêté, en date du 23 mai, instituant un concours d'entrée dans la classe de sixième des lycées et collèges, exception faite pour les enfants reçus au concours des bourses (première série) et pour ceux pourvus du diplôme d'études primaires préparatoires. Les élèves seront admis dans les classes de sixième d'après leur classement et dans la limite des places laissées disponibles par l'affectation des boursiers.

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ. — Le décret du 14 mai 1942 relatif aux *titres* et *appellations* des officiers des services a été publié dans le *Journal Officiel* du 19 mai 1942.

Le corps militaire et le corps civil du Service de Santé comprennent les grades suivants : médecin inspecteur général, médecin inspecteur, médecin en chef de 1re ou de 2e classe, médecin principal, médecin de 1re, 2e ou de 3e classe.

L'appellation à employer est le grade précédé de « Monsieur ».

La même hiérarchie et les mêmes appellations s'appliquent aux pharmaciens et aux vétérinaires.

Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine (Laboratoire d'Hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le 22 juin, à 9 heures, et jours suivants.

Les dossiers des candidats devront être adressés dix jours à l'avance au Secrétariat d'Etat à la Marine (Direction de la Flotte de Commerce), 3, place de Fontenoy, Paris (7e). Aucune convocation individuelle ne sera adressée aux candidats. La demande devra être établie sur papier timbré et revêtue, en outre, d'un timbre fiscal de vingt francs pour droits d'inscription.

Ligue française contre le rhumatisme. — Le 21 juin 1942 aura lieu à Aix-les-Bains (nouveaux thermes) une réunion commune de la Ligue française contre le rhumatisme, la Société Savoyarde des Sciences médicales et de la Société médicale d'Aix-les-Bains. SUJET : Le début du rhumatisme chronique.

Rapporteur : Dr P. Baumgartner. Séances : le matin à 10 heures, l'après-midi à 3 heures. Un déjeuner amical réunira les participants.

On peut s'inscrire dès maintenant, pour les communications, chez le Dr F. Françon, 9, rue Lamartine, Aix-les-Bains.

Société Française de Gynécologie. — La prochaine séance aura lieu le lundi 15 juin, à 17 heures, à la Faculté de Médecine et sera consacrée à l'étude des « Aménorrhées de guerre » avec un exposé de la question par M. Guy Laroche, MM. Bompard et Trémolières.

Tous les médecins que le sujet intéresse sont cordialement invités (Secrétaire général : Dr Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Une conférence du Dr Haubôldt. — Le 22 mai, M. le Dr Hauboldt, ancien conseiller du gouvernement, directeur du service étranger de la Chambre des médecins du Reich, a fait, au grand amphithéâtre de l'Ordre des médecins, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, une conférence sur le *Service médical dans le rapatriement et l'immigration*. Le conférencier dont le nom est bien connu dans les milieux scientifiques, grâce à ses travaux sur l'hygiène et ses recherches sur le cancer, a exposé la méthode employée pour le rapatriement en Allemagne des populations allemandes des pays baltes, de Russie et de Roumanie. Il s'agissait d'un mouvement de population considérable qui portait sur plus d'un demi-million d'individus. Grâce aux précautions prises, cette formidable migration a pu s'effectuer sans épidémie, avec un taux de mortalité normal. Ce fait devait être signalé, car d'autres transmigrations, comme celles des populations grecques d'Asie Mineure, en 1919, amenèrent une mortalité qui s'éleva jusqu'à 50 %. Un film documentaire illustra l'exposé du conférencier.

La réorganisation de l'hôpital espagnol de Neuilly. — En l'absence de S. E. M. J. F. de Lequerica, ambassadeur d'Espagne, une très belle cérémonie réunissait autour du Consul général d'Espagne, M. Rolland, initiateur de cette réinstallation, l'élite de la colonie espagnole, un très grand nombre de médecins parisiens, membres de l'Académie, de la Faculté, de l'Institut Pasteur, médecins et chirurgiens des hôpitaux, heureux de saisir cette occasion pour manifester leurs sentiments et resserrer les liens scientifiques qui ont toujours uni l'Espagne et la France.

Sous la conduite du Consul général, de la Mère Supérieure et du médecin-directeur Bandelac de Pariente, les invités du Consul général ont pu se rendre compte de la façon toute moderne, véritablement parfaite, dont avaient été réorganisés les divers services du bel hôpital du boulevard Bineau.

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose a reçu un legs de 5.000 francs, destiné, selon les termes du testament, à la « Recherche d'un *remède* pouvant améliorer la tuberculose ».

D'autre part, le Comité National a décidé de créer, sur ses fonds propres, un prix d'une valeur équivalente, pour récompenser un travail, d'intérêt plus général, sur la recherche d'une *méthode thérapeutique* de la tuberculose.

L'attribution de ces deux prix sera faite par le Bureau du Comité National de Défense contre la Tuberculose ; les travaux pour l'un ou l'autre prix devront parvenir au siège social dudit Comité avant le 1er septembre 1942 (66, boulevard Saint-Michel, Paris-6e).

Cours

Chaire de bactériologie. — Professeur : M. Pierre Gastinel. — ACTUALITÉS BIOLOGIQUES SUR LE BACILLE DE KOCH ET L'INFECTION TUBERCULEUSE. — Cet enseignement, particulièrement destiné aux biologistes et médecins phtisiologues sera fait par MM. les professeurs Fernand Bezançon et Jean Troisier, par MM. Boquet et Nègre, de l'Institut Pasteur.

Il commencera le lundi 15 juin 1942 au petit amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures, et continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique médicale des enfants (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — M. le professeur agrégé Marcel Lelong, médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés, fera à la Clinique Médicale des Enfants (amphithéâtre de la Policlinique) trois leçons sur : LA CRISE DE LA NAISSANCE. Ces leçons auront lieu le mardi à 11 heures. 1° Mardi 9 juin : Le traumatisme obstétrical ; 2° Mardi 16 juin : L'adaptation sanguine ; 3° Mardi 23 juin : Equilibre thermique, équilibre de l'eau et adaptation alimentaire.

Faculté de Médecine de Marseille. — CLINIQUE NEUROLOGIQUE (Prof. H. ROGER). ENSEIGNEMENT DE LA NEUROCHIRURGIE. — Un enseignement de *neuro-chirurgie* aura lieu à la Faculté de Médecine de Marseille sous la direction du Dr Marcel Arnaud, chirurgien des hôpitaux, chargé du cours de neuro-chirurgie durant la période du 3 au 14 août 1942.

Cet enseignement de vacances, consacré à l'*Etude des techniques opératoires de la chirurgie de l'encéphale*, uniquement réservé aux docteurs en médecine, aux étudiants en fin de scolarité et aux internes des hôpitaux des villes de Faculté, sera à la fois théorique et pratique. Toutes les techniques seront effectuées et répétées sur cadavres avant d'être appliquées sur le vivant.

Droits d'inscription : 500 francs pour les élèves inscrits aux exercices théoriques et pratiques ; 100 francs pour les élèves inscrits à l'enseignement théorique seul.

Les inscriptions et les droits seront reçus au secrétariat de la Faculté, Palais du Pharo, à Marseille, avant le 1er juin 1942, dernier délai.

Programme de l'enseignement. — 1° Rappels anatomo-chirurgicaux utiles aux manœuvres neuro-chirurgicales sur l'encéphale ;

2° Etude des conditions opératoires (techniques générales et pratiques) ; étude des positions, des anesthésies, des modes de surveillance et des soins pendant les opérations ;

3° Les méthodes de visualisation cérébrale utiles au diagnostic de localisation et aux tactiques neuro-chirurgicales ;

4° Trous et volets craniens ; étude des voies d'abord ;

5° Les techniques d'exploration directe du cerveau et du cervelet ; les manœuvres ;

6° Les exérèses et les décortications ; traitement des plaies ; des hématomes, des kystes, des abcès, des tumeurs ; les neurotomies ; les arachnoïdites ;

7° Les méthodes palliatives, les volets de décompression ;

8° Les traitements pré et post-opératoires ;

9° L'orientation des opérés ; leur surveillance ; leur devenir.

Nécrologie

Le Dr Gaston Feuchère (de Lille), père du Dr Pierre Feuchère.

— Le Dr Léon Thilliez, doyen et professeur honoraire de la Faculté libre de Lille.

— Le Dr Painblan, de Lille. Il faisait partie du Comité de rédaction de l'*Echo Médical du Nord* dont son gendre, le professeur Nayrac, est le rédacteur en chef.

— Le Dr Pierson (de Volvic), décédé accidentellement.

— Le Dr Albert Espenel, décédé à Lyon.

— Mme Jeanne Lop, femme du Dr P. A. Lop (de Marseille).

— Nous apprenons le décès, après une longue maladie, de Mme Ernest Fourneau, femme de notre éminent confrère Ernest Fourneau, de l'Institut Pasteur. Elle était la fille du regretté professeur Paul Segond, chirurgien des hôpitaux de Paris et de Mme Paul Segond, et la belle-sœur du doyen Tiffeneau. Les obsèques ont eu lieu à Ascain (Basses-Pyrénées).

Les Laboratoires du Docteur F. Debât rappellent qu'ils consacrent, comme les années précédentes, une somme de 100.000 francs à la création de **bourses de vacances** de 1.000 ou 500 francs, destinées à de jeunes étudiants en médecine de santé délicate et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles.

Les demandes devront être adressées avant le 15 juin, 60, rue de Monceau. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du Professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant, ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyens d'appréciation.

Livres anciens sur les accouchements. — Hôtel Drouot, salle 8, le 12 juin 1942, 14 h. M. Et. Ader, Com. pris. Louis Jacquenet, expert pr. le Trib. civil, 10, rue de l'Odéon. Catalogue sur demande. 2375

Cette RIGUEUR de préparation que vous appréciez dans
l'ENDOPANCRINE
INSULINE FRANÇAISE
vous la retrouverez dans
l'HOLOSPLÉNINE et dans l'ENDOTHYMUSINE
EXTRAIT DE RATE INJECTABLE — EXTRAIT DE THYMUS INJECTABLE
Laboratoire de l'ENDOPANCRINE, 48, rue de la Procession - Paris-XVe

Admis par le Ministère de la Santé Publique

LYSAPYRINE

402 M - Alu-tri (paraaminophénylsulfamidopyridine)

ALU-SULFAMIDE PYRIDIQUE - BIEN TOLÉRÉ

INDICATIONS : Blennorragie - Pneumonie - Méningite cérébro-spinale - Fièvre puerpérale - Streptococcies

APPLICATIONS EXTERNES : Traitement des plaies - Dermatoses - Pyodermites - Ulcères - etc...

COMPRIMÉS - AMPOULES - POUDRE - POMMADE - SOLUTION - OVULES - CRAYONS - SUPPOSITOIRES

Etablissements MOUNEYRAT, 12, rue du Chemin-Vert - VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

Oxyaminothérapie

ACIDES AMINÉS

TUBERCULOSES

courantes — graves ou rebelles

OKAMINE

SIMPLE (Formule N° 2) — 10 AMPOULES 1 tous les 2 ou 3 jours — DRAGÉES 3 à 4 au petit déjeuner

du Dr HERVOUËT

CYSTÉINÉE (Formule N° 3) — 20 AMPOULES pour 10 injections 1 tous les 2 jours

P. BUGEARD, Phien, 13, rue Pavée - PARIS (4e)



Laboratoires J. LAROZE - 54, rue de Paris - Charenton (Seine)



Granules CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.

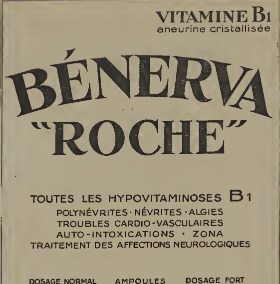
Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine " Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.





TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

AMPOULES

DOSAGE NORMAL
Ampoules de 1cc. dosées à 2 milligrammes
Boîte de 6
1 ampoule tous les jours ou tous les 2 jours et plus (voie sous-cutanée)

DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc. dosées à 10 milligrammes
Boîte de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours et plus (voie sous-cutanée)

COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour selon les cas.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie. 10, Rue Crillon. PARIS (4e)



A cinq mois, sa première bouillie

Préparée à l'eau et additionnée de lait par moitié, la farine lactée **diastasée** SALVY permet dès le 5e mois de **compléter l'allaitement** de l'enfant par l'apport d'un aliment riche en hydrocarbones éminemment digestible et bien assimilable. La farine lactée **diastasée** SALVY facilite la préparation du sevrage et y conduit sans troubles digestifs.

FARINE* LACTÉE DIASTASÉE
Préparé par BANANIA
SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets

DIURÈNE

EXTRAIT TOTAL D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris

LA PATELLECTOMIE

Par M. Marcel Lance

Membre de l'Académie de Chirurgie

L'ablation de la rotule n'est pas une opération récente, mais elle a, dans ces dernières années, reçu des applications nouvelles et donné lieu à des travaux que nous allons essayer de résumer.

C'est chez l'enfant, au cours de l'ostéomyélite aiguë de la rotule, que l'on a tout d'abord pratiqué l'exérèse totale de cet os. Ollier dans son *Traité des Résections* (tome III, pp. 336-350), après des expériences chez le chien, établit une technique d'ablation totale sous-périostée, avec conservation du surtout ligamenteux et des insertions du triceps, conditions de la conservation de la fonction. On trouve réunis dans la thèse de son élève François (*Thèse de Lyon* 1888) toutes les observations antérieures. En 1924, le Prof. Rocher (de Bordeaux) en rapporte dix cas, avec reproduction de la rotule dans six d'entre eux.

S'inspirant du travail d'Ollier, Victor Ménard (de Berck) pratique l'ablation totale sous-périostée de l'os dans certains cas de tuberculose de la rotule. En 1894, il en publie six observations et l'on en trouve de nouvelles dans la thèse de Matry (*Thèse Paris* 1924). Enfin, tout récemment Le Bourhis (*Thèse Paris* 1939) donne une étude complète de la question.

Mais chez l'enfant l'ablation complète sous-périostée vise à obtenir la reproduction de l'os et au rétablissement complet, physiologique de sa fonction. Il ne peut en être de même chez l'adulte chez lequel, après ablation, la rotule ne se reproduit pas, et si la cicatrice contient quelques nodules crétacés ils peuvent être plus gênants qu'utiles.

Laissant de côté les cas exceptionnels de patellectomie pratiquée pour sarcome, tumeur à myéloplaxe, granulome, etc., nous envisagerons ses applications aux fractures de la rotule et à la luxation récidivante congénitale, qui ont donné lieu à des travaux récents.

***

Dans les fractures, il faut envisager séparément la pratique de chirurgie de guerre et la pratique civile.

L'ablation de la rotule dans les plaies de guerre est ancienne. Percy et Larrey l'ont pratiquée et les blessés ont « guéri et marché ensuite facilement ». La thèse de Held (Strasbourg 1859) en contient des observations. Mais il faut arriver jusqu'à la guerre de 1914-1918 pour voir se poser la question de l'ablation systématique de la rotule soit comme élément de nettoyage et complément d'une arthrotomie, avec des lésions variées du genou, soit comme traitement de fractures comminutives. Cette question a donné lieu à plusieurs discussions à la Société de Chirurgie (7 et 21 mars 1917, 5 juillet 1917, 29 septembre 1918). Elle est exposée dans son entier dans la thèse de Marty (Toulouse, 1919) qui réunit 110 observations d'ablation de la rotule. L'inégalité des résultats obtenus est considérable. Elle résulte : 1° des conditions d'intervention tantôt précoces, tantôt tardives, donc défectueuses ; 2° de l'étendue des lésions, de l'intégrité ou non des condyles fémoraux ; 3° de l'étendue de l'exérèse faite sans égard à la conservation de la fonction, mais pour éviter l'infection et permettre la fermeture primitive. Aussi, malgré quelques très beaux succès (Delore et Rocher, Pierre Mocquot, Raoul Monod, Stern, Mornard), la plupart sont médiocres : ankyloses plus ou moins complètes ou si la mobilité a pu être conservée on a un genou ballant ou se dérobant par insuffisance du quadriceps. Marty constate au centre d'appareillage de Toulouse que 21 sur 22 des érotulés sont munis d'appareils. C'est pourquoi, lorsque les lésions sont étendues, Cotte et le Prof. Grégoire se font les défenseurs de la résection d'emblée.

***

Dans la pratique civile, les conditions de la patellectomie se présentent tout autrement.

C'est Chaput qui, dans sa thèse classique sur les fractures de la rotule (Paris 1883), après avoir constaté expérimentalement que chez le chien l'ablation de la rotule n'amène aucun trouble, conseille dans les fractures vicieusement consolidées l'ablation du fragment supérieur quand il limite la flexion du genou et son ablation totale dans le cas de rotule volumineuse la bloquant complètement.

Depuis de longues années on trouve, éparses dans la littérature, quelques observations d'ablation de la rotule dans les fractures récentes, comminutives graves, ouvertes ou non. Les résultats sont très inégaux, selon la gravité des délabrements qui ont permis ou non la reconstitution de l'appareil extenseur du genou. Mais, loin d'être proposée comme une méthode de choix, cette ablation est considérée comme un pis aller (voir Heineck, *Surg. Gyn. and Obst.* 1909, p. 77, importante littérature et statistique).

Il faut arriver jusqu'en 1936 où Blodgett (de Rochester) et Fairchild (de Détroit) (*Journ. Am. Med. Ass.* 20 juin 1936, vol. 106, n° 25, p. 2121), s'appuyant sur huit observations, proposent la patellectomie comme méthode de traitement systématique pour les fractures comminutives et pour les fractures transversales quand le fragment inférieur est séparé de ses attaches.

L'année d'après R. Brooke (de Chichester) (*British J. Of. Surgery*, vol. XXIV, n° 96, 1937, p. 733), étend les indications de la patellectomie à toutes les fractures récentes de la rotule et en apporte 30 cas. Il est suivi dans cette voie par Tipett (*British Med. J.*, 1938, p. 383), par Scudder, Groove, Scott (Canada), Bobbio (de Turin). En France, des observations isolées sont rapportées par Mialaret, Hepp (Rapport de Basset, séance de l'Acad. de Chir., 30 nov. 1938), Leclerc (de Dijon) (Acad. de Chir., mars 1939), Swynghedauw, Lainé et Duvet (Soc. Méd. du Nord, 29 nov. 1941) ; en Suisse, par J. Roux (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 25 oct. 1939, p. 725).

La pratique de Brooke et de ses imitateurs s'appuie : 1° sur des arguments théoriques ; 2° sur les résultats obtenus. Exposés par Blodgett et Fairchild, on les trouve discutés dans l'important article de J. Roux, dans un travail de Lotheissen (*Medizin Klinik*, 1940, n° 27) et surtout un exposé très complet dans la thèse de Jean Guichard (*Thèse de Lyon*, 1939. n° 205).

Examinons-les successivement.

***

Brooke, s'appuyant sur l'embryologie, la paléontologie et l'anatomie comparée, déclare que la rotule, héritage philogénique sans importance, est inutile.

Contrairement à l'opinion des anatomistes, ce n'est pas un sésamoïde. Visible dès la 9e semaine fœtale (Bernays et Kazzender), elle se développe *en arrière* et indépendamment du quadriceps et n'entre que plus tard en contact avec lui. Pour Mme Bertha de Vriese, elle constitue le vestige supérieur du 3e os de la jambe, l'os intermédiaire (von Bardeleben) dont l'ostrigone constitue le vestige inférieur.

En fait, l'absence congénitale de la rotule, malformation parfois héréditaire et familiale (voir Cadilhae, *Thèse Montpellier*, 1907, qui en réunit 84 cas) n'entraîne aucun trouble si le quadriceps, bien développé, ne participe pas à l'aplasie. Wuth, par exemple, a publié une observation familiale et ces érotulés congénitaux (arotulés serait ici plus exact) pouvaient se livrer à tous les sports (course, saut, patinage, ski, etc.), mais comme le fait remarquer J. Roux, on ne peut comparer un érotulé congénital, qui présente une continuité d'insertion des fibres de ses vastes, avec un érotulé opératoire chez lequel cette continuité n'est assurée que par l'intermédiaire d'une cicatrice qui a comblé le creux laissé par l'ablation de l'os.

L'anatomie comparée montre bien que les animaux à marche lente ont une rotule très développée (Crainz) tandis que les animaux rapides (renard, cerf, léopard) ont une rotule petite ou absente (kanguroo). Certaines sarigues n'ont pas de rotule alors que la même espèce fossile en possédait. Mais cet argument d'anatomie comparée est contesté (Retter et Vallois) : beaucoup d'animaux sauteurs (singes, écureuils, lapin, gerboise) ont une et même deux rotules superposées.

L'appréciation des fonctions de la rotule donne lieu à des divergences extrêmes.

Certains (Crainz, Holldack, Fick) ne lui concèdent qu'un rôle purement passif de protection de l'extrémité inférieure du genou (chocs, position à genoux). C'est aussi l'opinion de Blodgett et Fairchild qui conseillent dans l'exérèse de la rotule, lorsque cela est possible, de conserver le tiers inférieur pour protéger le genou. Mais la plupart lui attribuent un rôle actif. Payr considère que la rotule exerce sur le genou un véritable massage intérieur qui entretient le jeu articulaire. Après son ablation chez le chien (Wehner) ou chez l'homme (Tippett) on peut voir apparaître de l'arthrite déformante.

Le rôle mécanique de la rotule est aussi très diversement apprécié.

Pour J. Roux, c'est un « frottoir » qui protège le tendon rotulien, mais aussi par ses facettes latérales s'opposant aux facettes fémorales, un « guide au tendon » empêchant les dérapages latéraux. Mais son rôle le plus important est de constituer une poulie de réflexion (Wimart), un levier (Wuth), une « came » qui surélève le point d'application de la force (Cuillcret). Guichard qui étudie spécialement ce point démontre que, aussi bien dans la flexion extension jambe libre, que pied au sol, la rotule sert à élever la ligne de traction du quadriceps, augmentant l'angle d'incidence du tendon sur son insertion tibiale, c'est-à-dire augmentant d'autant sa puissance, qui est maxima quand cette incidence est à 90°. L'ablation de la rotule diminue d'autant cet angle et Guichard établit par le calcul que cette diminution de puissance mécanique équivaut à 1/15e de la force du quadriceps, en admettant une intégrité des tissus comme chez les érotulés congénitaux, ce qui n'est pas le cas pour les opérés de patellectomie.

***

La deuxième catégorie d'arguments est tirée de l'examen des faits.

Contre le traitement des fractures de la rotule par la suture ou le cerclage, Blodgett et Fairchild font valoir des arguments importants : la rotule est de tous les os celui qui est le plus sujet aux fractures itératives ; il est souvent très difficile d'assurer la coaptation exacte de la face articulaire des fragments, même dans la fracture transversale simple, d'où une arthrite déformante consécutive ; la suture métallique entraîne souvent une ostéoporose, dans d'autres cas le fil casse, et il n'est pas toujours facile d'aller enlever le fil ou ses fragments.

Brooke s'appuie surtout sur ses résultats. Il a opéré 30 cas de fractures simples. Tous ont une fonction parfaite et Hey Groves qui a pu voir 8 de ces opérés dit que s'il n'y avait pas la présence de la cicatrice il serait impossible de savoir le côté opéré.

La réduction du temps d'hospitalisation et de cessation du travail est mis en avant par les auteurs anglais et américains. Alors que la suture de la rotule exige une immobilisation de 4 à 12 semaines, les opérés de patellectomie ont pu quitter l'hôpital au bout de 3 semaines et reprendre le travail après trois mois.

Mais les résultats ne sont pas toujours aussi brillants.

Sur les opérés de Blodgett et Fairchild, alors que cinq excisions partielles donnent toutes un résultat excellent, sur quatre excisions totales, une seule présente une fonction parfaite.

L'opéré de Mialaret conserve une amyotrophie de 5 centimètres ; sur celui de Hepp chez lequel les ailerons étaient déchirés persiste une déficience fonctionnelle. Le malade de Leclerc peut bien se livrer à tous les sports mais ne peut se lever de la position accroupie sur le membre opéré seul. Il en est de même de l'opéré de J. Roux qui, sans atrophie musculaire, conserve une déficience fonctionnelle, qui est donc bien d'origine mécanique. Ce dernier auteur propose comme tests, les épreuves fonctionnelles suivantes : saut, marche sur la pointe des pieds, monter et descendre les escaliers, accroupi se lever sur le côté opéré seul, monter sur une chaise avec le membre opéré. Ces épreuves se montrent déficientes chez les érotulés. Ceux-ci sont normaux dans la vie courante mais leur insuffisance du quadriceps se révèle dans l'exercice des sports (saut, patinage, ski, etc.).

***

Ces données établies, quelles sont les indications de la patellectomie ? Faut-il suivre Brooke et l'appliquer à tous les cas de fracture récente ? Après discussion, voici les conclusions auxquelles arrive Guichard. Dans les fractures fermées récentes, elle s'appliquera au traitement des fractures étoilées ou comminutives dans lesquelles la coaptation des fragments est aléatoire, exposant à des cals volumineux ou à des fractures itératives. Dans les fractures ouvertes, dans les premières heures, comme complément du nettoyage de la plaie, son emploi est discutable ; dans les cas datant de plus de 12 heures ou déjà infectés, elle s'impose. Il en est de même dans les fractures pathologiques ou itératives. Dans les cas anciens, elle trouve son application dans les rotules hypertrophiques et dans les cals fibreux longs (5 à 6 centimètres, Chaput).

Comme on le voit c'est déjà faire à la patellectomie une place importante dans le traitement des fractures de la rotule.

***

Le même brillant avenir lui est-il réservé dans la cure de la luxation récidivante de la rotule, affection congénitale dans presque tous les cas.

On sait la multiplicité des procédés opératoires qui ont été employés pour son traitement. On peut les faire rentrer dans trois catégories : transplantation en dedans du tendon du quadriceps (Roux), myoplastie du vaste interne bridant en dehors la rotule (Krogius), surélèvement par un greffon du condyle externe atrophié (Albed). Ces méthodes sont employées isolément ou le plus souvent associées.

Si les résultats récents de ces opérations sont le plus souvent satisfaisants, il n'en est pas toujours ainsi des résultats éloignés : on peut voir des récidives comme l'a montré récemment le Prof. Tavernier (Soc. Chir. de Lyon, 15 juin 1939, *Lyon Chir.*, nos 1, 2, 3, 1941-1942, p. 14). Dans un cas de luxation récidivante congénitale bilatérale de la rotule traitée antérieurement par l'opération de Krogius, Swynghedauw et Laine (Soc. Méd. du Nord, 26 juillet 1941, *Echo Méd. du Nord*, sept. 1941, p. 238) ont vu la luxation en dehors se reproduire du côté droit. Ils ont alors pratiqué la patellectomie — et ont constaté que la rotule enlevée est très déformée — mais comme la radiographie montre que la gouttière intercondylienne est de forme et de dimensions normales, ils se demandent si la malformation rotulienne ne peut pas favoriser la luxation. En tout cas, le résultat immédiat a été parfait. Il est vraisemblable qu'il sera durable car à la séance du 29 novembre suivant, à la Société Médicale du Nord (*Echo Médical du Nord*, janvier 1942, p. 28), Swynghedauw, Laine et Drevet présentent une femme de 40 ans chez laquelle l'un d'eux a fait, il y a vingt ans, une patellectomie bilatérale pour luxation récidivante des deux rotules. Le résultat fonctionnel est parfait. La radiographie montre un tendon quadricipital bien étoffé contenant de petits noyaux de réossification. Cette belle observation montre qu'une voie nouvelle est ouverte pour le traitement de la luxation récidivante de la rotule. L'avenir en précisera les indications.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE, ASSISTANTS INTERNES ET EXTERNES

AU 1er MAI 1942

LISTE DES HOPITAUX *(Pour la recherche d'un hôpital se reporter à l'initiale indiquée)*

Ambroise-Paré (Boileau)	M	Claude-Bernard	S	Maternité	P
Antoine-Chantin	AL	Cochin	F	Ménages	AB
Baudelocque	Q	Debrousse	AG	Necker	D
Bicêtre	Y	Enfants-Assistés	X	Piccini	AM
Bichat	I	Enfants-Malades	E	Pitié	B
Boileau (ancien Ambroise-Paré)	M	Garches	AI	Salpêtrière	Z
Boucicaut	K	Hendaye	AK	Sainte-Anne	AJ
Bretonneau	U	Hérold	V	Saint-Antoine	C
Brévannes	AC	Hôtel-Dieu	A	Saint-Louis	N
Broca	O	Ivry	AA	Sainte-Périne	AE
Broussais	J	Laënnec	H	Tarnier	R
Champrosay	AO	La Rochefoucauld	AD	Tenon	G
Chardon-Lagache	AF	Maison Municipale de Santé	W	Trousseau	T
Cité Universitaire	AN	Marmottan	AH	Vaugirard	L

A. — Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le Prof. Fiessinger ; assistant : M. Gaultier ; chefs de clinique : MM. Dupuy, Fauvet, Ledoux-Lebard, Tiffeneau, Gras ; chefs de laboratoire : Mme Coquain, MM. Glomaud, Dumontet, Dognon, Duhem (moniteur) ; internes : MM. Trémolières, Wolfromm, Eman-Zadeh ; externes : MM. Dupré, de Person, Sébillote, Leca, Badin, Bénézech, Juret, Oger, Barrigue de Montvallon, Bertagna, Zadikian, Mlle Marchant.

2. Médecin : M. Halbron ; assistant : M. Lenormant ; interne : M. Sclafer ; externes : M. Deniziaut, Mlle Ardillier, MM. Debuisson, Fauré, Mme Monod-Broca.

3. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : M. Bambert ; interne : M. Pestel ; externes : MM. Chirié, Reymond, Gouygou, Buhot.

4. Médecin : M. Nicaud ; assistant : M. Laffitte ; interne : M. Rouault ; externes : MM. Fleury, Wallon, Bourel, Heuyer, Isselin, Wallois.

5. Médecin : MM. Bariéty ; assistant : M. Boulanger ; internes : MM. Coury, Ordonneau ; externes : M. Leménager, Mlle Rozannès, MM. Von Essen, Bonfils, Poinsard, Mlle Geber.

6. Chirurgien : M. le Prof. Mondor ; chefs de clinique : MM. Olivier, Léger, Huguier, Champeau, Laurence, Nardi ; chefs de lab. : MM. Feyel, Guérin ; assistants : MM. Sicard, Welti ; internes : MM. Adam, Germain, Dufourmentel, Pruvost, Houdart ; externes : MM. Poncet, Chambionnat, Mlle Barré, M. Lacronique, Mme d'Hespel, MM. Prot, Lang, Millot, Richard, Gross, Le Damany, Lestradet, Poher, Bruel, Mlles Daveau, Stoll.

7. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : M. Bidoire ; internes : MM. Hiverlet (E. P.), Vincent) ; externes : M. Tsevrenis, Mlle Weinstein, MM. Calvo-Platero, Grabois, Tillequin, Perier.

8. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. le Prof. Velter ; chefs de clinique : MM. Desvignes (délégué), Brégeat (délégué) ; chef de laboratoire : M. Offret ; assistant titulaire du service : M. Joseph ; 1er assistant de consultation : M. Prudhommeaux ; 2e assistant de consultation : N... ; assistant chargé du service de la réfraction : N... ; internes : MM. Toufesco, Blancard ; externes : Mlles Leroy, Dupaigne, MM. Contencin, N... N... N...

9. Consultation de médecine. — Médecin : M. Albot ; assistant : M. Beaugeard ; externes : Apkarian, Gouinguenet, Fournier, Boutard.

10. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. le Prof. Mondor ; externes : MM. Touret, Minier, Baudoux.

11. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Raison ; adjoint : M. Friez ; assistant : M. Géré ; externes : N... N...

12. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Lagarenne ; chef adjoint : N...

13. Hydro-thermothérapie. — Chef : M. Duhem ; chef adjoint : M. Moro ; assistant : N... ; interne : Mlle Jurain ; externes : MM. Conge, Barbier.

14. Centre des tumeurs. — Chirurgien : M. le Prof. Mondor ; électro : M. Gibert ; assistant de rœntgenthérapie : M. Juquelier ; assistant de curiethérapie : N... ; interne : M. Hermann.

B. — La Pitié. — 1. Médecin : M. le Prof. Clovis Vincent : ass. : M. Le Beau ; assistant médical : M. Thiébaut ; chef de laboratoire : M. Berdet ; chef de clinique : Kipfer ; internes: MM. Guiot, Henriot, Polliot ; externes : MM. Bernard, Hallot-Boyer, Teinturier, Dejours.

2. Médecin : M. Cleisz ; interne : N... ; externes : Mme Bornette, Mlle Klein, MM. Hay, Jouvent, Moigneteau, Monghal.

N.-B. — Certaines places prévues pour les externes en premier (abrév. E. P.), sont occupées par des internes titulaires et réciproquement.

C. — Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le Prof. Lœper ; chefs de clinique : MM. Mallarmé, Siguier, Breton, Chassagne, Mande ; chefs de laboratoire : MM. David, Cottet, Lesure, Duchon ; assistant : M. Varay; internes : MM. Ruel, Blanc ; externes : MM. Duveau, Mouret, Pichon, Marcotte, Mlles Bricard (C.), Bricard (M.-H.), Mme Houdard.

2. Médecin : M. Chabrol ; assis. : M. Cachin (Marcel) ; int. : M. Maurice ; externes : M. Besson, Mmes Chevallier, Léger, M. Chevallier.

3. Médecin : M. P. Weil ; interne : Mlle Noufflard (E. P.) ; externes : MM. Dubois, Tremblay, Hoquet, Brulé, Mlle Marlier.

4. Médecin : M. Jacquet ; interne : M. Danset ; externes : M. Bertrand, Mlle Foucque, MM. Bloch-Lainé, Etienne, Mlle Olivier.

5. Médecin : M. Jacob ; interne : M. Ponsar (E. P.) ; externes : MM. Sapin, N... N..., N...

6. Centre de triage : M. Jacob ; externes : N..., N..., N...

7. Médecin : M. Boulin ; assistant : M. Ferroir ; interne : M. Gorin ; externes : MM. Crépin, Bruneau, Fouchet, Chapuis, Melun.

8. Médecin : M. Mouquin ; assistant : M. Catinat ; interne : M. Deslandes ; externes : MM. Meng, Bourgin, Mme Martin, née Ferrié, M. Bureau.

9. Médecin : M. Debray ; assistant : M. Domart ; interne : M. Alison ; externes : MM. Chaïa, Cornet, Simoni ; Mlle Mottais.

10. Chirurgien : M. le Prof. Cadenat ; assistant : M. Lyonnet ; chefs de clinique : MM. Mousaingeon, Gandy et Gout ; internes : MM. Freret, Eudel, Flabeau ; externes : MM. Pouchol, Lenormand, Flurin, Bréger, Laumonier, Mlles Benon, Wodjinski.

11. Chirurgien : M. Bergeret ; assistant : M. Hepp ; internes : MM. Verstraete, Campagne, Mouton, Orfali ; externes : MM. Léger, Larroque, Harlez, Combet, Dioudonnat, N..., N...

12. Accoucheur : M. Lévy Solal ; chef de clinique : M. Morin ; chef de laboratoire : M. Nicolas ; internes : MM. Thoyer-Rozat, Baudon ; externes : MM. Perrimond, Lafleur, Noal, Mlle Fayol, M. Sergent.

13. Oto-rhino-laryngologie. — M. Halphen ; assistant titulaire du service : M. Bérard ; assistants : MM. Giraud, Mathieu ; assistant suppléant du service : M. Butzbach ; assistant chargé des soins aux malades tuberculeux du centre de triage : N... ; assistant de consultation : Dreyfus ; int. : M. Cachin (Yves) ; ext. : MM. Routier, Barré, Robert.

14. Ophtamologie. — Ophtalmologiste : M. Favory ; assistant titulaire du service : M. James ; assistant de consultation : Mlle Odie ; assistant adjoint de consultation : Mlle Hoechstetter ; interne : M. Boudon ; externes : N..., N...

15. Consultation de médecine. — Médecin : M. Boltanski ; assistant : M. Rendu ; externe en premier : M. Lavarde ; externes : MM. Bidaut, Dauball, Maillard, Debray.

16. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Bréchot ; assistant : M. Gout ; externes : MM. Denier, Lestocquoy, Genevray, Galy.

17. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Thibaut ; assistant : M. Fieux ; adjoint : M. Hennion ; externes : MM. Grignon, Body.

18. Electro-radiologie. — M. Gérard ; chefs adjoints : MM. Ordioni, Chérigié ; assistant : M. Le Dinh-Thi ; interne : Mlle Saulnier (E. P.) ; externes : N..., N... ; assistants du service d'électro-radiologie du centre de traitement des tumeurs : MM. Falcoz, Quivy.

19. Transfusion sanguine. — M. Sureau ; externes : MM. Dispan de Floran, Talleux.

D. — Necker. — 1. Médecin : M. Laederich ; assistants : M. Thiéry et Mme Debain ; interne : M. François ; externes : MM. Decroix, Lavat, Hourtoulle, Dems, Mlle Morin-Gauthier.

2. Médecin : M. Richet ; assistant : M. Lesueur ; interne : M. Duhamel (Gérard) ; externes : MM. Dorland, Meker, Bertrand, Pommier de Sauté, Mlle Walfer.

3. Médecin : M. Binet ; assistant : M. Conte ; interne : M. Verliac ; externes : MM. Schweich, Coupaye, Hueber, Mouzon, Wapler.

4. Médecin : M. Jacquelin ; assistant : M. Turiaf ; interne : M. Carlotti ; externes : MM. Sapin-Jaloustre (H.), Sapin-Jaloustre (J.), Blondé, Ageorges.

5. Chirurgien : M. Berger ; assistant : M. Mialaret ; internes : MM. Darricau, Tostivint, Crépin ; externes : M. Diceseu, Mlle Morival, MM. Meunier, Colbert, Brulet, Pillot.

6. Chirurgien : M. Gouverneur : assistant : M. Dufour ; 2e assistant de consultation : M. Jaupitre ; internes : MM. Champagne, Neveu, Robert ; externes : MM. de Ponton d'Améeourt, Dufourmentel, Mathieu, Vallée, Gugelot, Bureau ; anesthésiste : M. Dautrebente.

7. Consultation de médecine. — M. Lamhling ; assistant : M. Soullard ; externe en premier : M. Gosset, interne ; externes : MM. Ripart, Rey, Forest.

8. Consultation de chirurgie. — M. Rouhier ; assistant : M. Fayot ; externes : MM. Laham (J.), Laham (E.).

9. Electro-radiologie. — M. Gilson ; externes : MM. Granier, N...

10. Service de rœntgenthérapie et curiethérapie. — M. Coliez.

11. Centre des tumeurs. — M. Berger ; chef de service d'électro : M. Coliez ; assistant de roentgenthérapie, N... ; assistant de curiethérapie, N... ; interne : M. Arnaud (E. P.).

E. — Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le Prof. Debré ; chefs de clinique : M. Gerbeaux, Mlle Bonnenfant, M. Seringe ; chef de laboratoire : M. Pretet ; interne : M. Le Bozec ; externes : Mlles Moussié, Huguet, Mme Conte, Mlles Larmoyer, Genty, MM. Bellot, Bleibtreu.

2. Service temporaire de polyomiélite. — M. le Prof. Debré ; externe en premier : Mme Pognan (interne) ; externes : MM. Thullier, Smagghe, Mlle Chevallier.

3. Médecin : M. Chevalley ; assistant : M. Liége ; interne : M. Perrier ; externes : MM. Auzoux, Morin, Matet, Pouget, Biro.

4. Crèche ancienne et nouvelle. — M. Chevalley ; externe en premier : M. Capron (interne).

5. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne : M. d'Œlsnitz ; externes : M. Godlewski, Mlle Bourgeois, MM. Deroide, Fareot, Mlle Quéret, M. Bouygues.

6. Sélection. — Médecin : M. Lamy, rattaché à la Consultation de médecine ; externe en premier : M. Danion, interne.

7. Médecin : M. Heuyer ; assistant : M. Hurez ; interne : Mme Dauphin ; Mlle Moreau ; externes : MM. Menu, Leroy, Mmes Benoit, Sauguet, MM. Dailly, Le Moal.

8. Centre de vaccination antidiphtérique. — M. Lafaille ; externe : N...

9. Médecin : M. Tixier ; assistant : M. Eck ; interne : M. Danel ; externes : Mme Balle, MM. Ferrand, Villebrun, Chavarot, Gautier, Hacker, Allendé.

10. Chirurgien : M. le Prof. Leveuf ; assistant : M. Petit ; chefs de laboratoire : M. Saint-Girons, Mme Remond (moniteur) ; chefs de clinique : MM. Barcat, Judet, Faugeron ; internes : MM. Debusschère, Debost ; externes : Mlle David, MM. Cerbonnet, Bessi, Mlle Breton, MM. Postel, Romieux, Guérin.

11. Service médical d'Antony. — M. le Prof. Leveuf ; externe en premier : M. Gougerot (interne) ; externes : MM. Moulonguet, Leclercq.

12. Chirurgien : M. Huet ; assistant : M. Boudreaux ; internes : MM. Fronville, Chatelin ; externes : MM. Buge, Barbé, Natali, Dubrisay, Proche, Bertheaume, Séro.

13. Oto-rhino-laryngologiste : M. Le Mée ; oto-rhino-laryngologiste adjoint : M. Richier ; 1er assistant du service : M. Tran-Huu-Tuoc ; 2e assistant du service : M. Couturier ; 1er assistant de consultation : M. Devaux ; 2e assistant de consultation : Mlle Mazarakis, M. Delormeau ; internes : MM. Delater (E. P.), de Fourmestraux (E. P.) ; externes : MM. Savouret, Mercier, N..., N...

14. Ophtalmologiste : M. Monbrun ; assistant titulaire du service : M. Petavy ; assistant suppléant : N... ; 1er assistant de consultation : M. Jourdy (provis.) ; 2e assistant de consultation : N... ; assistant du service du Dr Hartmann : M. Deschamps ; interne : Mme Pujol ; externes : N..., N...

15. Consultation de médecine. — M. Lamy ; assistant : Mlle Jammet ; interne : Mlle Schweisguth ; externes : M. Guéraud, Mlle Bauzin, M. Lajoux, Mmes Hallot-Boyer, Mazard.

16. Electro-radiologie. — M. Lomon ; chef adjoint : M. Bernard ; assistant radioscopie : M. Mignon ; chef du laboratoire de bactériologie : M. Girard ; externes : N.., N...

F. — Cochin. — 1. Médecin : M. le Prof. Harvier ; chefs de clinique : Mme Œmichen, MM. Claisse, Neynaud ; chefs de laboratoire : MM. de Traverse, Derot, Mlle Le Bihan ; assistant : M. Antonelli ; internes : MM. Pluvinage, Salet, Tricot ; externes : MM. Caron, Berger, Benoît, Taptas, Satgé, Hartmann, Mlle Langevin, MM. Dumée, Fourdinier, Lannes, Ricordeau, Faurel, Couder, Képès.

2. Médecin : M. Ameuille ; assistant : M. Lemoine ; interne : M. Galmiche ; externes : MM. Mognetti, Joussaume, Richard, N..., N..., N...

3. Service du dispensaire. — M. Ameuille ; interne : M. Tulou ; externes : N..., N...

4. Service des tuberculeux. — M. Ameuille ; interne : M. Bergeron ; externes : N..., N...

5. Tuberculeux (femmes) ; externes : N..., N...

6. Médecin : M. Coste ; internes : MM. Goury-Laffont, Sicard ; externes : MM. Voisin, Raulin, Besle, Ferbos, Andricq, Laroza.

7. Chirurgien : M. le Prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth, Ménégaux ; chefs de clinique : MM. Salvanet, Logeais, Thomeret ; chef de laboratoire : M. Perrot ; internes : MM. Hébert, Lelièvre, Perrotin, Flavigny ; externes : MM. Palfer, Fontanelle, Vigan, Petit, Dussaux, de Gaudart d'Allaines, Mlle Muller, M. Lemoine, Mlle Noviant, M. Godin, Mlles Chancel, Regnault ; anesthésiste : Mlle Quénard.

8. Chirurgien : M. Fey ; assistant : M. Couvelaire ; chefs de clinique : MM. Bouteau, Pertus ; chefs de laboratoire ; MM. Busser, Ferrier, Mlle Lebert ; internes : MM. Bolo, Dubost, Chalochet ; externes : MM. Hans, Baron, Larget, Davaine, Lefèvre, Levêque, Clin ; anesthésiste ; Mlle de Mazarin.

9. Chirurgien : M. le Prof. Mathieu ; assistant : M. Padovani ; chefs de clinique : MM. Poilleux, Lance, Judet ; chefs de laboratoire : MM. Thiébaut, Strohl (délégué) ; internes : MM. Raynaud, Etienne ; externes : MM. Desmonts, Balandra, Amondricz, N..., N... ; anesthésiste ; Mlle Le Dantec.

10. Consultation de médecine. — Médecin : M. Pollet ; assistant : M. Weill ; externe en premier : M. Lafourcade ; externes : M. Lion, Mlle Albinc, MM. Barbier, Perdrizet.

11. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. le Prof. Lenormant ; assistant : M. Ménégaux ; externes ; MM. Roquelaure, Carage, Mlle Aboulenc.

12. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Renard ; assistant de consultation : M. Tran-Ba-Huy ; externes : N..., N...

13. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lattès ; assistant : M. Mesnard ; adjoint : M. Vrasse ; externes : N..., N...

14. Oto-rhino-laryngologie. — M. Ramadier ; assistant de consultation : M. Moussette ; interne : M. Ebstein ; externes : MM. Massonnet, Brunet, Hatt, Emery.

15. Electro-radiologie. — M. Dariaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistant ; M. Dubois ; attaché d'électro : M. Wattez ; externes : N..., N...

G. — Tenon. — 1. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Facquet ; interne : M. Alhomme ; externes : MM. Friedel, Naudin, Mlle Cruciani, MM. Tardieu, Teurtroy.

2. Médecin : M. Brulé ; assistant : M. Gilbrin ; interne : M. Viguié ; externes : MM. Meininger, Constant, Pouchol, Morer, Mlle Laprade, MM. Cresson, Saïto.

3. Médecin : M. Guy-Laroche ; assistant : M. Bompard ; interne : M. Barré ; externes : MM. Chevillotte, Benezech, Gatelman, Gougeon.

4. Médecin : M. May ; assistants : MM. Ollivier, Netter ; internes : Mme Joussemet, M. Gerbaux ; externes : MM. Mar uand, Daffos, Perier, Mlle Delplace, MM. Pépin (B.), Trélat, Fleury, Coffin.

5. Médecin : M. Gautier ; assistant : M. P. Grenet ; interne : M. Bricaire ; externes : MM. Villebœuf, Lepercq, Sainrapt, Mlle Duthil.

6. Médecin : M. Marchal ; interne : M. Deprez ; externes : MM. Drain, Bonnetti, Marland, Rinieri, Closier, Mlle Delmas.

7. Médecin : M. Etienne Bernard ; internes : M. Canivet (E. P.), Sibertin-Blanc (E. P.) ; externes : N..., N...

8. Médecin : M. Carrié ; assistant : M. Roux (Maurice) ; interne : M. Verriez ; externes : Mlle Caubel, MM. Sénéchal, Jacquemin, Durand.

9. Médecin : M. Hagueneau ; assistant : M. Netter ; interne : M. Legendre ; externes : MM. Targowla, Hervé, Desprez, Vigoureux, Marchenay, Mlle Cacaud.

10. Chirurgien : M. Houdart ; assistant : M. Aurousseau ; internes : MM. Pérol, Ciaudo, Aupinel ; externes : MM. Picard, Mordret, Suquet, Blanc, Renard, Bernier, Stéphan.

11. Chirurgien : M. Maurer ; assistant : M. Sauvage ; internes : MM. Dubel, Oudot, Joué ; externes : N..., N...

12. Chirurgien : M. Moulonguet ; ass. : M. Verne ; int. : MM. Rousset, Joussemet, Desfosses ; ext. : M. Aladenise, Mlle Chenard, MM. Bosquet, Vaysse, Mlle Vautrin, MM. Duvillier, Couinaud, Mlle Bosquet.

13. Accoucheur : M. Digonnet ; internes : MM. Jacob (E. P.), Legrand (E. P.) ; externes : MM. Teissandier, Violette, Arondel, Benoit, Cardin.

14. Oto-rhino-laryngologie. — M. Hautant ; assistant titulaire du service : M. Ombrédanne ; assistant suppléant du service : M. Fayet ; assistant de consultation : M. Maspétiol ; internes : MM. Debain, Huber ; externe : M. Gomez.

15. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Bollack ; assistant titulaire du service : M. Voisin ; interne : M. Guéniot (E. P.) ; externes : N..., N...

16. Consultation de médecine. — Médecin : M. Escalier ; assistant : M. Guilly ; externe en premier : M. Monié ; externes : MM. Peron, Voyeux, Lordez, Morin, Alexopoulos.

17. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Deniker ; assistant : M. Viala ; externes : MM. Boissy, Michon, Mlle Vautrinot.

18. Stomatologie. — M. Lacronique ; assistant : M. Malingre ; adjoint : Mme Chaput ; externe : N...

19. Electro-radiologie. — M. Lepennetier ; assistant : M. Godefroy ; chef adjoint : M. Bouchard ; attaché d'électro : M. Simon ; externes : N..., N..., N...

20. Centre de tumeur. — Chirurgien : M. Moulonguet ; assistant de rœntgenthérapie : N... ; assistant de curiethérapie : N... ; interne : M. Spriet.

H. — Laënnec. — 1. Médecin : M. le Prof. Troisier ; chefs de clinique : MM. Herrenschmidt, Bour, Ortholan, Hautefeuille (délégué) ; chefs de laboratoire : MM. Bariéty, Azoulay, Mangeot, Mlle Kohler ; internes : MM. Lefebvre, Courjaret ; externes : Mlle Allary, MM. Dessons, Levy.

2. Crèche. — M. le Prof. Troisier ; externes : MM. Castano, Coudraud.

3. Dispensaire Léon-Bourgeois. — Externes : MM. Giordano-Orsoni, Reberteau, Huc.

4. Médecin : M. Louis Ramond ; assistant : M. Vialard ; interne : M. Blancard ; externes : MM. Pelbois, Ivaldy, Le Tan Vinh, Vigier, Curioni.

5. Médecin : M. R. Bénard ; assistant : M. Poumailloux ; interne : M. Lebovici ; externes : MM. Martin, Nordin, Mlles Brouillet, Bouget.

6. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. Thevenard ; interne : M. Raymondaud ; externes : MM. Violet, Flouquet, Braillon, Woimant, Desvignes.

7. Médecin : M. Pruvost ; assistant : M. Thoyer ; internes : MM. Audoly, Chateau ; externes : MM. Siméon, Cornillot.

8. Dispensaire Léon-Bourgeois. — Médecin : M. Pruvost ; externes : N..., N...

9. Chirurgien : M. Girode ; assistants : MM. Meillère, Gérard-Marchant ; internes : MM. Prochiantz, Kaeppelin ; externes : MM. Marchand, Giraud, Villiaumey, Branthomme, Maribas.

10. Chirurgien : M. Robert Monod ; ass. : M. O. Monod ; internes : MM. Devimeux, Jouve ; externes : M. Chataigneau, Mlle Rodrigues, MM. Ramon (J.), Ramon (P.), Chemery.

11. Oto-rhino-laryngologie. — M. Baldenweck ; 1er assistant titulaire du service : M. Lapiné ; 2e assistant titulaire du service : M. Soulas, chargé du dispensaire ; assistant suppléant du service : N... ; assistant suppléant de consultation : M. Bory ; interne : M. Labayle ; externes : MM. Schatz, Bommelaer, N..., N...

12. Consultation de médecine. — Médecin : M. de Brun du Bois Noir ; assistant : M. Gaucher ; externe en premier : M. Godlevsky ; externes : MM. Galland, Haye, Dautry.

13. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Girode ; assistant : M. Gérard-Marchant ; externes : MM. Quéneau, Thyss.

14. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; assistant titulaire du service : M. Dubois ; assistant : M. Veil ; assistant de consultation : Mlle Valroff ; interne : M. Ferrand ; externes : N..., N...

15. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Darcissac ; assistant : M. Fromaigeat ; adjoint : M. Maleplate.

16. Electro-radiologie. — M. Guilbert ; chef adjoint : M. Devois ; assistants : MM. Jouveau-Dubreuil, Hélie, Lefebvre ; attaché d'électro : M. Mion ; interne : M. Poncet (E. P.) ; externes : MM. Georges, Moreau, Mariage.

I. — Bichat. — 1. Médecin : M. Rivet ; assistant : M. Hanaut ; internes : M. Ducournau, Mlle Cousin (E. P.) ; externes : MM. Pepin, Pernelle, Charroux, Ozanne, Mlle Held, MM. Hummel, Briant, Nedey.

2. Médecin : M. Paraf ; assistants : MM. Vibert, Guérin ; interne : M. Borniche (E. P.) ; externe en premier : M. Lallemand ; externes : N..., N..., N...

3. Médecin : M. Chiray ; assistant : M. Debray ; internes : MM. Choubrac, Caplier ; externes : MM. Sichère, Velter, Dessertenne, Lebas, Mlle Aïtoff, MM. Thierrart, Van Quathem, Beugnon.

4. Médecin : M. le Prof. Pasteur Vallery-Radot; assistant : M. Domart; internes : MM. Gougerot (Louis), Lœper ; interne (étranger en surnombre) : M. Sévileano ; externes : MM. Missonnier, Le Bourg, Roy, Delalieux, Parrot, Mlle Lecour, MM. Pichot, Lefort, Lemierre.

5. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Arnous ; internes : MM. Bastin, Haquin ; externes : Mlles Rapidel, Kernevez, MM. Salmona, Thierry-Mieg, Crucioni, d'Oblonsky, Ciampi, Duhamel.

6. Chirurgien : M. de Gaudart d'Allaines ; assistant : M. Patel ; internes : MM. Beaufils, Pointeau, Léandri ; interne (étranger en surnombre) : M. Rochlin ; externes : Mlle Dupeyron, MM. Moulonguet, Gay, Wisner, Barbizet, Flament, Guillermon, Chateau, Wassi-Wassef.

7. Chirurgien : M. Petit-Dutaillis ; assistant : M. Boudreaux ; int. : MM. Bessière, Delouche, Fénelon ; ext. : M. Pertuiset, Mlle Bose, M. Norv, Mlle Carette, MM. Homualk, Fossier, Housset, Laurent.

8. Chirugien : M. Sénèque ; assistant : M. Roux (Marcel) ; internes : MM. Le Noël, Frebet, Seyer ; externes : Coffin, Contamin, Houssay, Fritel-Didier, Berthaux, Crépy, Trouillard, Tournebœuf.

9. Accoucheur : M. Desnoyers ; internes : MM. Marchal, N... ; externes : MM. Habas, Le Quintrec, Dupuy, Mlle Gerster, M. Nœuveglise, Mlle Renard.

10. Oto-rhino-laryngologiste : M. Leroux ; assistant de consultation : M. Chevalier ; assistant du service : M. Loiseau ; assistant suppléant : N... ; assistant polyclinique : Mlle Schauwing ; interne : M. Aurenche ; externes : MM. Bézard, Weckerlé, N...

11. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Prélat ; assistant de consultation : M. Dupuy-Dutemps ; assistant titulaire : M. Dumont ; assistant suppléant : N... ; interne : M. Ardouin ; externe : N...

12. Consultation de médecine. — M. Layani; assistante : Mlle Huguet; interne : M. Chadoutaud (E. P.) ; externes : MM. Celeste, Le Roy, Joannès, Devaux, Loubry, Joannès (R.), Bureau, Challe.

13. Consultation de chirurgie : M. Chevrier ; assistant : M. Walther ; externes : MM. Drouillard, Chéron, Lestrade.

14. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Friez.

15. Electro-radiologie : M. Foubert ; assistants : M. Prevost, Mme Wessebecher, M. Le Canuet.

16. Polyclinique Ney. — Consultation de médecine infantile. — Médecin : M. Launay ; interne : Mlle Faillebin ; externes : Mme Fayol, MM. Mallevre, Celle.

17. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Fleury ; assistant : N...

18. Laboratoire de bactériologie de secteur. — M. Mauric (bi-hebdomadaire) ; adjoint : M. Furiet-Lafforet.

J. — Broussais. — 1. Médecin : M. le Prof. Donzelot ; assistant : M. Bardin ; chefs de clinique : MM. Chevallier, Guillemin, Duval ; chefs de laboratoire : MM. Barbier, Cachera, Moutier, Sikorav ; interne : M. Pergola ; interne (en surnombre) : M. Plas ; externes : M. Dubois, Mme Mazzoli, Mlles Lelièvre, Favre, M. Bonduelle.

2. Service des tuberculeux. — M. le Prof. Donzelot ; interne : M. Hardel ; externes : MM. Frileux, Houdard.

3. Médecin : M. Justin Besançon ; assistant : M. F. Moutier ; internes : MM. Laroche Rouzaud ; interne en surnombre : M. Lecœur ; externes : MM. Galey, Delagarde, Bachy, Lapresle, Foucquier, Prévost, Guilleminot, Périssel.

4. Médecin : M. le Prof. Abrami ; assistant : M. Dugas ; chefs de clinique : Mme Lamotte-Barillon, MM. Geffroy, Paillas ; chefs de laboratoire : Mlle de Chez Leprêtre ; interne : M. Davy ; interne en surnombre : M. Chevalier ; externes : MM. Delbarre, Molho, Chevrolle, Chevret, Mme Tanzy, MM. Tanzy, Pesle, Ponson.

5. Service des tuberculeux. — Médecin : M. le Prof. Abrami ; interne : M. Marche ; externes : MM. Duvillé, Bonan.

6. Médecin : M. Delay ; assistant : M. Lestocquoy ; internes : MM. Woimant (E. P.), Pierart (E. P.) ; externes : M. Leiser, N...

7. Médecin : M. Chevallier ; internes : MM. Roger, Umdenstock ; externes : MM. Brandon, Christol, Pimpaneau, Feliciano, Baumgart.

8. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Bernard ; internes : MM. Veyrières, Lanvin, Petit ; externes : M. Muffang, Mlle Auquier, M. Harel, Mlle Retail, M. Ghezzi, N...

9. Chirurgien : M. Quénu ; assistant : M. Cauchois ; internes : MM. Marzet, Bauchart, Claracq ; externes : MM. Guillemart, Martin, Le Jeune, Méary, Denis, Martin, Nicolaïdis ; anesthésiste : Mathey.

10. Oto-rhino-laryngologie. — M. Chatellier ; assistant titulaire du service : M. Magnien ; assistant suppléant : N... ; assistant de consultation : M. Pouquet (provis.) ; interne : M. Joinville ; externes : MM. Ramaroni, Livory, Piednoir.

11. Consultation de médecine. — Médecin : M. Justin Besançon ; assistant : M. Rubens-Duval ; externe en premier : M. Durand (interne) ; externes : MM. Gauliard, Chibout, Dubray.
12. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Merle d'Aubigné ; assistant : M. Coldefy ; externes : M. Dechy, Mlle Eustache.
13. Stomatologie. — M. Crocquefer ; externe : M. Hamel.
14. Electro-radiologie. — M. Thoyer-Rozat ; assistants : MM. Chuche, Brunet ; externe : N...

K. — Boucicaut. — 1. Médecin : M. Ravina ; assistant : M. Pécher ; interne : M. Paraf ; externes : MM. Renaud, Bonnet, Raimbault, N...
2. Centre de triage. — M. Ravina ; externes : N..., N...
3. Médecin : M. Tinel ; assistants : MM. Moussoir, Parrot ; interne : M. Basset ; externes : MM. K'brat, Weismann, Berger, Vincent, Oury.
4. Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. Seillé ; internes : MM. Galand, Tran-Van-Hoa, Legrand ; externes : Mlle Paraf, MM. Fouquet, Gadrat, Mas, Balmary, Gilles, Pilleron ; anesthésiste : M. Genin.
5. Accoucheur : M. Ecalle ; assistant : M. Suzor ; chef de laboratoire : M. Labignette ; internes : MM. Wetterwald, Estève ; externes : MM. Lavergne, Berthomier, Dewé, Sirot, Bonetti.
6. Oto-rhino-laryngologie. — M. Moulonguet ; assistant titulaire du service : M. Giraud ; assistant suppléant : N... ; assistant de consultation : M. Du Buit ; interne : M. Bouche ; externes : MM. Grobon, Choay, Prudhomme, Tarnat.
7. Consultation de médecine. — Médecin : M. Rachet ; assistant : M. Busson ; externe en premier : M. Rosey (interne) ; externes : MM. Duché, Monod.
8. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. Seillé ; externes : MM. Faivre, Chatriot, Boulanger.
9. Stomatologie. — Mme Papillon-Léage.
10. Electro-radiologie. — M. Joly ; chef adjoint : M. Blanche ; assistant : M. Chenilleau ; externe : N...
Laboratoire de bactériologie de secteur. — M. Moussoir.

L. — Vaugirard. — 1. Chirurgien :M. Brocq ; assistant : M. Gueullette ; chefs de clinique : M. Nevraud ; chefs de laboratoire : MM. Chêne, Goiffon, Dupouy ; internes : MM. Mattéï, Küss, Goiffon, Dupouy ; internes : MM. Gobert, Bouffard, Poteaux, Bodin, Herrault, Mazière, Paque, Rousselet, Dujardin, Joly ; anesthésiste : Mme Buys.
2. Consultation de stomatologie. — M. Hénault.
3. Electro-radiologie. — M. Gally ; attaché d'électro : M. Lapipe.
4. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Miégeville.
5. Consultation d'ophtalmologie : M. Dubar.

M. — Boileau (ancien Ambroise-Paré). — 1. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Brunel ; interne : M. Le Sourd ; externes : M. Bailliart, Mme Hamel, M. Derville, Vincens, Labat.
2. Médecin : M. Decourt ; assistant : M. Perier ; interne : M. Brault ; externes : MM. Dubois, Vaujour, Cavagna, Deniker, N...
3. Médecin : M. Péron ; assistant : Mlle Barnaud ; int. : M. Sénécal ; externes : MM. Beunaiche, Gayno, Mme Plas, M. Durville.
4. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : M. Bretegnier ; internes : MM. Delatour, Schneider ; externes : Mlle Chapelan, MM. Roger, Castel, Séjournet, N..., N...
5. Consultation de médecine. — Médecin : Mlle Blanchier ; externe en premier : M. Conche ; externes : MM. Malherbe, Catta.
6. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Brétegnier ; externes : MM. Martinet, Coutureau, Bay.
7. Electro-radiologie. — M. Detré.
8. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Hénaut.

N. — Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le Prof. Gougerot ; chefs de clinique : MM. Vial, Basset, Duperrat et Bouvens van den Boyen ; chefs de laboratoire : MM. Desgrez, Peyre, Dechaume (moniteur), Grollet (moniteur), Marceron (moniteur) ; internes : MM. Deuil, Courtenay-Mayers ; externes : Mlle Villedrouin, M. Lafontaine, Mlle Ghitza-Joan, M. Berthier, Lamy, Herry, Mlle Vannier, Colliard.
2. Médecin : M. Sézary ; internes : MM. Blanchon, Grislain ; externes : MM. Lallemant, Eger, Mlles Garnier, Larrivé, M. Poirier, Mlles Muraccioli, Chateaureynaud, M. Brami.
3. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Pouneau-Delille ; interne : M. Hadengue ; externe en premier : M. Durup (interne) ; externes : MM. Forgeois, Scherer, Barbet, Tegui, Duveau.
4. Médecin : M. Touraine ; internes : Mlle Garnier, M. Paley ; externes : MM. Delasnerie, Gravot, Hinaut, Ceccaldi, Mlles Leissen, Aubriet, M. Gougand, Mlles Bricard, Nevejans.
5. Médecin : M. Weissenbach ; internes : MM. Lange, Renault ; externes : Mlle Boinet, MM. Desvignes, Colsy, Divisia, Denoyelle, Decerisy, Bemond, Weiler, Chavigny.
6. Médecin : M. Flandin ; internes : MM. Dubois (E. P.), Saltet de Sablet ; externes : Mlle Costescu, MM. Poulain, Michiels, Chatellier, Vézard, Picard, Juhel, Mlle Cercus, MM. Ferry, Guilbem, Moisan.
7. Médecin : M. Degos ; assistant : M. Boyer ; internes : Mme Weill-Heulot, M. Courchet ; externes : MM. Roume, Ponjol, Mariette, Rousseau, Mlle Brun, MM. Wapler, Avenier, Planchon.
8. Transfusion. — Médecin : M. Degos ; externes : MM. Binda, Canlorbe.
9. Chirurgien : M. Desplas ; assistant : M. Banzet ; assistant officiel : M. Chevallier ; internes : MM. Deguillaume, Auregan, Brenier ; externes : Mme Desplas (anesthésiste), MM. Pellot, Connault, Mlles Florand, Mignot, MM. Paris, Habib, Lepront, Mme Nicolaidis.
10. Chirurgien : M. Bazy ; assistants : MM. Sylvain Blondin et Denoix ; internes : MM. Roy, Gandrille, Compagnon ; externes : MM. Levêque, Fallot, Lecœur, Nogrette, Rameix, Bretin, Gurby, Tiret.
11. Chirurgien : M. R.-C. Monod ; assistant : M. Vuillième ; internes : MM. Caufment, Rometti, Mayaud ; externes : M. Hug, Mlle Hurel, MM. Tavernier, Hennequet, Mlle Kergoyan, MM. Bompart, Lequin, Baron ; anesthésiste : N...
12. Chirurgien : M. Michon ; assistant et anesthésiste : M. Tissot ; assistants : MM. Laporte, Delinotte ; internes : MM. Aharfi, Lartigue ; externe : M. Bracq ; anesthésiste : N...
13. Consultation. — Chirurgien : M. Michon ; externes : MM. Denis, Maret, Richard, Meunier, Segalen.
14. Accoucheur : M. Ravina ; assistant : M. Séguy ; internes : MM. Jacquemin, Liénard ; externes : MM. Berveiller, Hebert-Suffrin, Delpech, Autin, Caspar, Champagne.
15. Oto-rhino-laryngologie. — M. Bouchet ; assistant titulaire du service : M. Bourdial ; assistant adjoint du service : N... ; 1er assistant de consultation : M. Piguet ; 2e assistant de consultation : M. Fouquet ; interne : M. André ; externes : MM. Diala, Jacquet-Lagrèze, Mérian, Moullé, Foulon.
16. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Parfonry ; assistant titulaire du service : M. Bouchand ; assistant suppléant du service : N... ; assistant de consultation : M. Masson ; interne : M. Parsy ; externes : N..., N...
17. Consultation de médecine. — Médecin : M. Hillemand ; externe en premier : M. Berthet (interne) ; externes : MM. Dirand, Delattre, Hebert, Harel, Malvezin.
18. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Picot ; assistant : M. Baudelot ; externes : MM. Fucs, Vivier, Jacquemart.
19. Consultation de stomatologie. — Stomatologiste : M. Richard ; adjoint : M. Cernéa ; assistante : Mme Cernéa ; externes : MM. Descrozailles, Lenormand.
20. Electro-radiologie. — M. Cottenot ; chefs adjoints : MM. Nadal, Penteuil ; assistants : MM. Buhler, Monmignaut, Salaun, Puyaubert, Duchamp ; interne : M. Combet (E. P.) ; externes : MM. Dupuy, N..., N...
21. Annexe Grancher. — Médecin : M. Stevenin ; assistant : M. Brisset ; internes : MM. Auquier, Dausset ; externes : Mlle Gravilenko, Koo, Fagnot, MM. Caine, Kalachnikoff, Faucheur, Gaignoux, Mlle Girardier.
22. Chirurgien : M. Fèvre ; assistants : MM. Sabourin, Garnier, Niel, Arviset ; internes : MM. Monod, Michon, Duhamel (Georges) ; externes : Mlle Peureux, Surugue, Mlle Guillermin.

O. — Broca. — 1. Chirurgien : M. le Prof. Mocquot ; chefs de clinique : MM. Picard, Coldefy, Leroy ; chefs de laboratoire : MM. Palmer, Moricard ; assistant : M. Cordier ; internes : MM. Lacroix, Musset, Mlle Mendras ; externes : MM. Mercier, Fontaine, Mlle Sidler, MM. Cottrel, Pinel, Guillaume, Œconomos.
2. Chroniques de chirurgie. — M. le Prof. Mocquot ; interne : Mlle Doumic ; externes : Mlle Schnabel, M. Cordier, Mlle Bouvot ; anesthésiste : N...
3. Consultation de dermato-vénérologie. — Médecin : M. Dérot ; externe en premier : M. Bourdy ; externes : Mme Roger, Mlle Bourbon, MM. Doll, Gautier, Mlle Georges, MM. Bouteille, Brisabois.
4. Electro-radiologiste : M. Delapchier ; externe : N...

P. — Maternité. — 1. Accoucheur : M. Lacomme ; assistant : M. Jamain ; internes : MM. Hervet, Livory ; externes : Mme Leroy, MM. Bertho, Desjeux.

Q. — Baudelocque. — 1. M. le Prof. Couvelaire ; assistant : M. Lepage ; chef de clinique : MM. Bret, Jamain et Palmer ; chefs de laboratoire : MM. Desnoyers, Albot (moniteur), Mme Derain ; interne : M. Kéruzoré ; externes : M. Couade, Mlle Labonde, MM. Adam, Noël, Thomas-Lamotte, El-Obky, Rousset.
2. Electro-radiologie. — M. Petit.

R. — Tarnier. — 1. M. le Prof. Portes ; chefs de clinique : MM. Gorse, Guly, Robey ; chef de laboratoire : M. Varangot ; internes : MM. Toulouse, Burgot (E. P.) ; externes : MM. Sassier, Boeswillwald, Mesnier, Cardon, Mme Fressinaud-Masdefoix.

S. — Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le Prof. Lemierre ; assistant : M. Laporte ; chefs de clinique : M. Domart, Mlle Lotte, M. Morin ; chef de laboratoire : M. Reilly ; internes : Mlle Corre, MM. Feld, Audry, Vermenouze ; externes : Mlle Anglès, MM. Avril, Garrigues, Le Nail, Strauss, Mlle Pannetier, MM. Marmin, Nicolle, Fabre, Weissenbach, Tararine, Boutaric, Brochen, Coulland, Gabail.
2. Médecin : M. Célice ; assistante : Mlle Ladet ; internes : MM. Camus, Kartun ; externes : MM. Pillois, Avril, Hervé, Betourne, Fallas, Brion, Grimault, Collenko.
3. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Leroux ; interne : M. Bourguet (E. P.) ; externe : M. Ribay.
4. Chef de laboratoire de bactériologie de secteur : M. Reilly.

T. — Trousseau. — 1. Médecin : M. le Prof. Cathala ; assistants : MM. Patey, Laplane ; chefs de clinique : MM. Chaurousset, Rossier, Cler, L'Hirondel, Walther ; internes : MM. de Lignières, Teyssier, Millez ; externes : MM. Graveleau, Brault, Viala, Mlle Desoutter, M. Beauvy, Mlle Labarre, MM. Tobbé, Aurousseau.
2. Diphtérie. — Médecin : M. Cathala ; interne : M. Langevin.
3. Médecin : M. Marquézy ; assistant : Mlle Ladet ; interne : M. Richet ; externes : M. Boitard, Mlles Thierry-Mieg, Hatt, Troemé, M. Mercadier, Mme Bach, Mlle Maurice-Bokanowski.

4. Contagieux. — Médecin : M. Marquézy ; interne : M. Bach.
5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : M. Guichard ; internes : MM. Kroff, Loygue, Xambeu ; externes : MM. Pigeon, Mazabraud, Grauer, N...
6. Oto-rhino-laryngologie. — M. Rouget ; adjoint : M. Lemariey ; assistant adjoint de consultation : N... ; assistant de la biologie : N... ; assistant titulaire du service : M. Hamelin ; assistant suppléant du service : N... ; 1er assistant de consultation : M. Lefebvre ; 2e assistant de consultation : M. Maillard ; interne : M. Haguet ; externes : N..., N...
7. Consultation de médecine. — Médecin : M. Clément ; assistante : Mlle Delon ; internes : MM. Cornet, Loubrieu ; externes : MM. Darhord, Betuel, Barral, Gandar, Mlle Prozynski.
8. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Dollfus ; assistante : Mme Perol ; externes : N..., N...
9. Electro-radiologie. — M. Thibonneau ; assistant : M. Damond ; externe : N...
10. Stomatologie. — Stomatologiste ; M. Lebourg ; adjoint : M. Gencel ; externe : N...
11. Laboratoire de bactériologie de secteur. — M. Duchon.

U. — Bretonneau. — 1. Médecin : M. Grenet ; assistante : Mlle Gautheron ; interne : M. Tiret ; externes : MM. Daguin, Alison, Louin, Leveillé, Gauthier, Mennerat.
2. Médecin : M. Milhit ; assistant : M. Flouquet ; internes : Mlle Bournisien, M. Cuvéreaux ; externes : Mme Krajevitch, Mlle Gujar, MM. Poulet, Nalpas, Rainaut, Hurel, Brunel.
3. Chirurgien : M. Boppe ; assistant : M. Garnier ; internes : MM. Goulesque, Maignant, Paley ; externes : MM. Etienne, Goddé, Trividic, Herbert de M. Uzan, N..., N... ; anesthésiste : Mlle Crestmann.
4. Accoucheur : M. Lantuéjoul ; assistant : M. Couinaud ; internes : MM. Granjon, Salinési ; externes : MM. Gourdin, Chapuis, Mlle Rabut, MM. Brunet, Vassy, Noël.
5. Consultation de médecine. — Médecin : M. Fouquet ; assistant : M. Liége ; interne : Mme Robbes ; externes : MM. Noël, Mme Vassy, MM. Deboos, Vazeux, Loubière.
6. Oto-rhino-laryngologie. — M. Lallemant ; 1er assistant de consultation ; M. Daudier ; 2e assistant de consultation ; M. Jullich ; externes : N..., N...
7. Stomatologie. — Stomatologiste ; M. Izard.
8. Electro-radiologie. — M. Piot ; chef adjoint : N... ; assistant : M. Vincent ; externes : N..., N...

V. — Hérold. — 1. Médecin : M. Janet ; assistante : Mme Odier-Dollfus ; interne : M. Weill ; externes : MM. Le Forestier, Vivanès, Martin, Voitot, Lemaire.
2. Médecin : M. Turpin ; assistante : Mlle Tisserand ; interne : M. Bourlière ; externes : Mlle Lebailly, MM. Ramadier, Hervan, Vimeux, N...
3. Médecin : N... (Dr Bréhier ass. f. fonct. de chef de service); interne : M. Perrimond, ext. f. fonct. d'interne ; externes : MM. Duvernois, Gelinet, N..., N..., Zlatoff.
4. Consultation de médecine. — Médecin : M. J. Marie ; assistant : M. Mallet ; interne : M. Feffer (E. P.) ; externes : MM. Mauduit, Hermann, Troudet, Mlle Speerry, M. Devaux.
5. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Bourgeois ; assistant de consultation : M. Franck ; externes : MM. Roulin, N..., N...
6. Electro-radiologie. — M. Beau ; externe : N...
7. Ophtalmologie. — M. Voisin.
8. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Omer.

W. — Maison de Santé. — 1. Médecin : Mme Bertrand-Fontaine ; assistant : M. Fauvert ; interne ; M. Le Brigand ; externes : MM. Piton, Azaïz, Marty, Deniker, Merlier, N...
2. Service temporaire de chirurgie. — Chirurgien : M. Soupault ; assistant : M. Bénassy ; externes en premier : MM. Wintrebert (interne), Jardel (interne) ; externes ; Mlle Chausse, MM. Bruezière, Dumoncel, Prévost, Robert, Batisse.
3. Consultation de médecine. — Médecin : Mme Bertrand-Fontaine ; externe en premier : M. Royer ; externes : MM. Genot, Cadoret, Robineaux.
4. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Soupault ; externes : MM. Duvelleroy, Tuffier ; anesthésiste : Mlle Brouillet.
5. Electro-radiologie. — M. Porcher ; assistante : Mme Gilles.

X. — Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. Lelong ; assistant : M. Joseph ; chefs de clinique : MM. Rossier, Delort, Cochemé ; chefs de laboratoire : M. Detrois, Mme Rossier ; internes : Mlle Kahn, MM. Bertier, Louveau (E. P.) ; externes ; MM. Pertusier, Brun, Mlle Brunel, MM. Nugues, Duprey, Lemoine, Poullain
2. Chirurgien : M. Bloch (René) ; assistant : M. Boisseau ; internes : MM. Boreau, Chardin (E. P.) ; externes : M. Catalogne, Mlle Hot, N...
3. Accoucheur : M. Vignes ; interne : Mlle Monghal (E. P.) ; externes : MM. Duranteau (résident), Maigne, Mlle Bory.
4. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Dechaume ; adjoint : M. Cauhepé ; assistant : M. Mercat.
5. Electro-radiologie. — M. Aimé ; assistant : M. Mainguy ; externe : N...

Y. — Bicêtre. — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : M. Boudin ; internes ; MM. Lesca, Vivien, Tétreau ; externes : MM. Casaurang, Villey-Desmeserets, Mlle Pozerska, MM. Hartmann, Narewski, Roujeau, Torre, Cleisz, Mlle Fontaine, MM. Sarrazin, Mathey.
2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; internes : MM. Nick, Castaigne ; externes : MM. Autier, Tixler, Cambessedès, Sors, Monod, Meyer.
3. Service des chroniques. — M. Alajouanine ; externes : MM. Lauras, N...
4. Médecin ; M. N... ; assistant : M. Boudin, f. fonct. de chef de service ; interne : M. Alloiteau (E. P.) ; externes : MM. Yger, Mlle Guéniot, M. Giroult, Mme Adam, N..., N...
5. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. Mouchet ; assistant de consultation : M. Orsoni ; internes : MM. Le Brigand, Poissonnet, Chapelet (E. P.) ; externes : MM. Baland, Fruchard, Rougeulle, Redor, Foucher, Muller, Le Bouteiller, Bouvattier, Chailloux.
6. Service temporaire de chirurgie. — M. Toupet ; externes : N.., N...
7. Service d'aliénés. — Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; externe en premier : M. Nehlil (interne).
8. Consultation de médecine. — M. Moreau ; externe en premier : M. Demassieux (interne) ; externes : M. Cottreau, Mlle Narlian.
9. Ophtalmologie (réservée aux malades hospitalisés).
10. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Houzeau.
11. Electro-radiologie. — M. Truchot ; chef adjoint : M. Cassan ; externe : N...
12. Oto-rhino-laryngologie (réservée aux malades hospitalisés). — M. Aubry ; assistant de consultation : M. Sauvain.
13. Service de désencombrement. — M. Moreau ; externes : MM. Bourgin, Moullec, Monnerot, Biaggi, Wassef.

Z. — Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le Prof. Guillain ; assistant : M. Mollaret ; chefs de clinique : MM. Auzépy, Grossiord, Pécher, Rogé ; chefs de laboratoire : MM. Bertrand, Lereboullet, Mathieu ; internes : MM. Fressinaud-Masdefeix, Bourdin, Ristelhueber ; externes : MM. Treps, Bour, Mlle Lautier, M. Mazars, Mlle Renaudin, MM. Grellet, Meunier, Roisin.
2. Médecin : M. Levesque ; assistant M. Perrot ; internes : MM. Motte, Bareau ; externes : MM. Pilven, Dailheu, Mallet, Zipper, Bignon.
3. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : Mme Popp-Vogt; int. : M. Tournier (E. P.) ; Grabois (externe f. fonct. d'interne) ; externes : MM. Bazin, Mehaut, N...
4. Médecin : M. Lévy-Valensi ; assistant : M. Christophe ; internes : Mlle Granier (E. P.), Denisart (E. P.) ; externes ; MM. Deribreux, Caux, Sauvegrain.
5. Médecin : M. Lemaire ; assistant : M. Gilbrin ; internes : MM. Sirot (E. P.), Caldier (E. P.) ; externes ; MM. Cazes, Pineau, Caillol, Prieur, Bouelle, Le Courtois, Bourguignon.
6. Médecin : M. Mollaret ; internes : MM. Dupont, Girauld ; externes : MM. Ossipovski, Delahousse, Lhermitte, N...
7. Chirurgien : M. le Prof. Gosset ; assistants : MM. Petit-Dutaillis, Jean Gosset, Funck-Brentano ; chefs de clinique : MM. Lortat-Jacob, Billard, Gaume, Lataix ; chefs de laboratoire : M. Rouche, Mme Delaunay, M. Bolivar (à titre étranger) ; internes ; MM. Rognon, Rouget, Mage ; externes : MM. Abbas, Rolland, Coutel, Mlle Thernot, MM. Coupé, Debray, Lechevrelle, N..., N...
8. Médecin : M. Barbé ; assistant : M. Auhrun ; externe en premier : M. Lacourbe.
9. Soins aux blessés militaires. — M. le Prof. Gosset ; interne : M. Le Lorier.
10. Centre des tumeurs. — M. le Prof. Gosset ; chef du service d'électro-radiologie du centre : M. Nadal ; assistant de rœntgenthérapie : N... ; assistant de curiethérapie : N... ; interne : M. Gauthey.
11. Clinique chirurgicale. — M. le Prof. Gosset ; assistant : MM. Guillaume, Ribadeau-Dumas, Messimy ; interne : M. Hertz ; externes : N..., N...
12. Service de désencombrement. — M. Mollaret ; externes : M. Lagrange, Mme Basset, MM. Bonniot de Ruisselet, Dumery, N...
13. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lacaisse ; adjoint : M. Bornet ; assistants : MM. Duba, Chuffart.

AA. — Ivry. — 1. Médecin : M. Perrault ; assistant : M. Morin ; interne : M. Thierry (E. P.) ; externe en premier : M. Tricard ; externes : MM. Boutroy, Toulet, Michaud, Faure.
2. Chroniques et admissions : M. Perrault ; externes : MM. Morinière, Péquignot.
3. Chirurgien : M. Ameline ; assistant : M. Gibert ; internes : MM. Berthon, Magder ; externes : MM. Roussillon, Baudet, Guéguen, Baillet.
4. Service temporaire de chroniques chirurgicaux. — Externe : N...
5. Service de désencombrement. — M. Perrault ; interne : MM. Nebout (E. P.), Koupernik (E. P.) ; externes : Mlle Duchamp.
6. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Mesnard.
7. Consultation d'oto-rhino-laryngologie (réservée aux malades hospitalisés) ; assistant de consultation : M. Chaillouet.
8. Electro-radiologie. — M. Marchand.

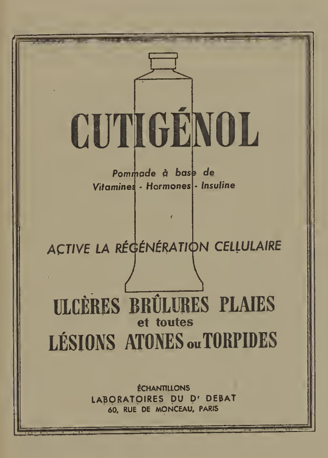
AB. — Ménages. — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : M. Aubin ; interne : M. Ancelin ; externes : M. Mathieu de Fossey, Mlle Gilbert, MM. Poumailloux, Crouzatier, Mlle Montbrun.
2. Chirurgien : M. Gatellier ; assistant : M. Billet ; internes : MM. Léger, Staub, Enel ; externes : MM. Roche, Puyo, Cotoni, Peumery, Bailleul, Chatain, Vanhaecke, Polonowski.
3. Service de désencombrement. — M. Brodin ; interne : Mlle Savaton (E. P.) ; externes : MM. Coudert, Malègue, Mlle Brunet.
4. Consultation d'ophtalmologie. — M. Voisin.
5. Radioscopie-radiologie. — M. Desgrez.



un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

OPOCERES Reconstituant Biologique général | 1 à 4 comprimés par jour

-LABORATOIRES DE L'AEROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS-8e-



GÉNATROPINE

SÉDATIF DU VAGUE

Hyperchlorhydrie
Spasmes Digestifs
Vomissements
Coliques - Diarrhées

GRANULES - GOUTTES - AMPOULES

●

Laboratoires AMIDO
4, Place des Vosges - PARIS
Zone libre : Laboratoires Amido - RIOM (P.-de-D.)

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique



est justi-ciable de la **NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates cérébraux (0,40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

AC. — Brévannes. — 1. Médecin : M. Renaud ; assistant : N... interne : M. Cœuillez (ext. f. fonct.), Casalta (ext. f. fonct.).
2. Médecin : M. Bourgeois ; assistant N... ; internes : MM. Jomier, Gaulard (ext. f. fonct.), Barrier (ext. f. fonct.), Mlle Fossier (ext. f. fonct.), MM. Legendre (ext. f. fonct.), Manny (ext. f. fonct.).
3. Médecin : Mme Roudinesco ; assistant : M. Lerond, Mme Lesueur ; internes : MM. Guez (ext. f. fonct.), Pauleau (ext. f. fonct.), Touchard (ext. f. fonct.), Seguinot (ext. f. fonct.), Brandon (ext. f. fonct.), Seibel (ext. f. fonct.), N...
4. Oto-rhino-laryngologie (réservée aux malades hospitalisés). — M. Granet ; assistant de consultation : N...
5. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Marie ; assistant : Mlle Fruton, M. Huchard.

AD. — La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Kudelski ; interne : M. Darris ; externe résident : M. Hemeury.

AE. — Sainte-Périne. — 1. Médecin : M. Cachera ; interne : M. Rathery (E. P.).

AF. — Chardon-Lagache. — 1. Médecin : M. Cachera ; interne : M. Lamy (E. P.).

AG. — Debrousse. — 1. Médecin : M. Michaux; interne : M. Ryckewaert (E. P.).

AH. — Marmottan. — 1. Médecin : M. Rudler ; internes : MM. Butet, Pujol, Klein ; externes : MM. Blanchet, Vandooren, Baudoin.

AI. — Garches (hôpital Raymond-Poincaré). — 1. Médecin : M. Rouquès ; internes : Mlle Santelli (E. P.) ; MM. Brille (ext. f. fonct.), Cousin (E. P.), Guy (E. P.).
2. Médecin : M. Kourilsky ; internes : MM. Richard (E. P.), Mignot (E. P.), Calloch de Kérillis (ext. f. fonct.), Courtin (ext. f. fonct.).
3. Chirurgien : M. Richard ; assistant : Mlle Picard, M. Delahaye ; internes : MM. Edelmann, Roblin ; externes résidents : Mlle Guillouët, M. Le Tournau, Mlle Lescoffy, M. Lewisch.
4. Ophtalmologie (réservée aux malades hospitalisés). — Ophtalmologiste : M. Voisin.
5. Oto-rhino-laryngologie (réservée aux malades hospitalisés). — M. Dreyfus.
6. Stomatologie. — (Service assuré par M. Chaput de l'hôpital Tenon.)
7. Electro-radiologie. — Assistant : M. Goubert.

AJ. — Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le Prof. Laignel-Lavastine ; assistant : M. Delay ; chefs de clinique : MM. Mignot, Neveu, Mlle Barret, MM. Maurice, Ménauteau ; chefs de laboratoire : MM. Gallot, Estève, Bouvet, Marette, Parcheminey, Vidart ; externes : N..., N...

AK. — Hendaye. — 1. Médecin : M. Moraneé ; internes : MM. Aga (ext. f. fonct.), Le Naour (ext. f. fonct.).
2. Chirurgien : M. Allard ; assistant : M. Giret ; internes : M. Baud (ext. f. fonct.), Mme Jourde (ext. f. fonct.).

AL. — Antoine-Chantin. — 1. Chirurgien : M. Oberlin ; assistant : M. Rouvillois ; chef de laboratoire : M. Bulliard ; internes : MM. Vaysse, Guimezanes, Denizet ; externes : MM. Doutriaux, Maille, Chauderlot, Belin, Mlle Bourgeois.

AM. — Piccini. — 1. Médecin : M. de Gennes ; assistant : M. Mahoudeau ; internes : MM. Albahary, Milliez ; externes : MM. Wallet, Simon, Bouttier, Emile-Zola, Buriat, Carraud, Leddet, Libaude.
2. Oto-rhino-laryngologie. — M. le Prof. Lemaître ; assistant titulaire du service : N... ; assistant suppléant : M. Moulin ; assistant de consultation ; M. Chaillouet ; chef de service adjoint : M. Aubin ; internes : MM. Joublin, Torre ; externes : Mlles Proux, Lemaître, Mme Georges, Mlle Bacy, M. Lacau Saint-Guily, N...
3. Electro-radiologiste : M. Surmont.

AN. — Cité Universitaire (Fondation Deutsch de la Meurthe). — 1. Médecin : M. Marie ; internes : MM. Minkowski, Callerot ; externes : MM. Boutillier du Retail, Sethian, Colbert, Boëffard, Robert, Mlle Ravet, MM. Cayé, Maugeais.
2. Médecin : M. Soulié ; assistant : M. Bouvrain ; internes : MM. Fortin, Hewitt ; externes : MM. Darnis, Petitcollo, Sevin, Remond, Fossaert, Baranger.
3. Médecin : M. Garcin ; assistant : M. Chassagne ; interne : M. Sénechal ; externes : MM. Laurent, Chambraud, Guinard, Guéret, Rudelle, Crosnier.
4. Médecin : M. Hamburger ; interne : M. Philippe ; externes : MM. Neel, Courtois-Suffit, Mlle Dufour, MM. Nicol, Delmas, Poirault.
5. Médecin : M. Lenègre ; assistant : M. Mathivat ; interne : M. Soulier ; externes : M. Bailly, Mlle Laëmmer, M. Sevegrand, Mme Minkowski, MM. Hatt, Tourneur-Aumont.
6. Médecin : M. Merklen ; assistant : M. Gallot ; interne : M. Scherrer ; externes : MM. Dionnet, Delalande, Halmagrand, Dunoyer, Raynaud, Labouret.
7. Service central de radiologie. — Delapchier ; externe : N...
8. Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Rémy-Néris.

AO. — Champrosay. — 1. Médecin : M. Nouvion.
2. Sanatorium Champcueil. — M. N...
3. Sanatorium La Bruyère. — M. N...
4. Oto-rhino-laryngologie (réservée aux malades hospitalisés). — Chef de service : M. Granet ; assistant : N...

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

22 *avril*. — M. Herissey. Sur le lusitanicoside, hétéroside extrait du laurier du Portugal. Cerasus lusitanica Lois, et sur quelques autres principes immédiats de cette dernière plante. — M. Le Loch. Le traitement chirurgical de certaines névralgies du trijumeau secondaires à des lésions bulbo-protubérantielles.

23 *avril*. — M. Bouclier. Contribution à l'étude du développement moteur chez l'enfant.

28 *avril* 1942. — M. Rouault. Réactions psychopathiques du rationnement alimentaire. — M. Acher Dubois. La pleuroscopie exploratrice dans le diagnostic des affections thoraciques.

29 *avril* 1942. — M. Le Loc'h. Le traitement chirurgical de certaines névralgies du trijumeau secondaires, des lésions bulbo-protubérantielles. — Mlle Brissy. Contribution à l'étude de l'ulcère gastro-duodénal (Considérations cliniques, pathologiques et thérapeutiques). — M. Aharfi. Drain abdominal ou vaginal dans l'hystérectomie abdominale.

1er *mai* 1942. — M. Margueritat. Tumeurs paravertébrales avec propagation au rachis et compression de la moelle.

12 *mai* 1942. — M. Aichenbaum dit Aichen. Contribution à l'étude de l'électrochocthérapie. — M. Claquin. L'alcoolisme neuro-psychique par le vin dans le département de la Vendée. — M. Bausson. La recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique et dans les selles de tuberculeux à expectoration bacillifère. — Mlle Rémy. George Sand et la mort de Chopin.

13 *mai* 1942. — M. Jacquot. Les septicémies et bactériémies à microbes anaérobies d'origine intestinale. — M. Clabaut. Contribution à l'étude des troubles cardio-vasculaires chez les myxœdémateux. — Mlle Gravilenko. Recherches sur la méthode optique de la coagulation sanguine. — Mlle Roux-Morin. Le traitement sulfamidé dans les méningites à bacilles de Pfeiffer. Discussion des résultats.

THESE VETERINAIRE

22 *avril*. — M. Collin. Le piétin du mouton. Etiologie. Traitement.

1er *mai* 1942. — M. Merlu. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des obstructions intestinales chez les carnivores domestiques.

6 *mai* 1942. — M. Ancellin. — Le cheval dans l'œuvre d'Eugène Delacroix.

13 *mai* 1942. — M. Baclet. Le braque Saint-Germain.

LAXATIF DOUX
MUCINUM
1 à 2 comprimés par jour
" INNOTHERA " - ARCUEIL (Seine)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 2 JUIN 1942

La place de la biscuiterie dans le ravitaillement. — M. LAPICQUE rappelle qu'il a été question de supprimer la fabrication des biscuits pour réserver au pain toute la farine possible. Une telle mesure serait, dit-il, un non-sens au point de vue du ravitaillement et une faute au point de vue hygiénique et médical. La vente du biscuit absorbe à poids égal plus de tickets que le pain. Au point de vue hygiénique, d'autre part, le biscuit est une ressource précieuse pour les enfants qui assimilent mal le pain. On ne doit pas les priver de cet avantage. Et l'Académie se range à l'avis de M. Lapicque.

Association entre ultravirus. Rage et lymphogranulomatose inguinale. — M. C. LEVADITI.

Sur un sérum doué de propriétés anti-infectieuses spécifiques obtenu chez le cheval, soit au moyen du virus de la vaccine très actif, soit à l'aide du même virus rendu avirulent par l'action du formol et de la chaleur (Anavirus). Etude expérimentale. — MM. G. RAMON, H. BÉNARD, P. BOQUET, R. RICHOU, Mlle TISSIER et Mlle RATNER.

Prématuration et restrictions alimentaires (note présentée par M. ROUVILLOIS). — MM. ANDERODIAS et DE GRAILLY insistent pour que soient complétées les mesures déjà prises en faveur de l'alimentation des femmes en état de grossesse pour pallier dans la mesure du possible les sérieux inconvénients sur lesquels les auteurs ont déjà attiré l'attention de l'Académie.

A propos des numérations globulaires chez des donneurs de sang (note présentée par M. BINET). — MM. SUREAU et ANDRÉ soulignent les résultats des examens de sang qui viennent d'être pratiqués sur 300 donneurs pris au hasard. Chez ces sujets, 26 ont un chiffre de globules rouges compris entre 4.000.000 et 3.500.000, et 8, un chiffre qui va de 3.500.000 à 3.000.000. Il résulte de ces faits un déficit considérable du nombre des donneurs. Les auteurs de ce travail demandent que des suppléments de rations alimentaires soient accordés aux donneurs de sang.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 13 MAI 1942

Un cas de chondrome diaphysaire de l'humerus à image radiologique atypique. — M. FRANTZ. — M. SÉNÈQUE, rapporteur.

Trois observations de choc grave par éviscération traumatique de l'intestin traité par la rachi-anesthésie et la morphine intraveineuse isolée ou associée. — M. SUIRE. — M. LEVEUF conclut de ces observations que la rachi-anesthésie est légitime comme traitement du choc grave.

M. J. GOSSET a guéri un malade très choqué à la suite d'une rupture de la veine rénale par la seule intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

Colectomie droite pour cancer. Colpo hystérectomie pour cancer. Résection du bout d'intestin en aval de l'anastomose pour volvulus. — M. HARTMANN.

Traitement des fractures par enfoncement du plateau tibial. — M. MERLE D'AUBIGNÉ estime qu'il faut commencer par tenter la réduction orthopédique de la lésion ; en cas d'échec il vaut mieux attendre un mois pour intervenir chirurgicalement ; pour les mouvements de latéralité greffe permettant de relever le plateau affaissé. En cas de déformation persistante ostéotomie cunéiforme.

Luxation irréductible du genou. — M. J. GOSSET a refait d'emblée un ligament croisé antéro-interne au moyen du tendon du 3e adducteur. Excellent résultat.

Phlegmons sublinguaux et angine et Ludwig. — M. DUFOURMENTEL montre les signes qui doivent faire distinguer ces deux catégories de lésions.

M. TRUFFERT estime que les abcès centro-linguaux sont moins fréquents que ne tendraient à le faire croire les travaux récents.

M. MOULONGUET conteste cette opinion.

M. BROCQ estime artificielle la distinction faite par M. Dufourmentel et M. MONDOR se range à cette opinion.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX.

SÉANCE DU 1er MAI 1942

Importance clinique de la soif dans le diabète insipide. — MM. Raoul KOURILSKY et Jacques SICARD. — Etude de huit observations personnelles de diabète insipide. Dans deux cas : précession de la soif ; dans un cas : suppression de la soif au cours d'une intervention chirurgicale ; dans quatre cas : importance prépondérante de la soif ; dans un cas : la malade ne sentait ni la soif ni la polyurie. De l'étude statistique portant sur quarante-six observations publiées à la Société Médicale, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes : Ils comptent en gros vingt-sept observations, sur les quarante-six cas, qui enregistrent la prédominance symptomatique de la polydipsie sur la polyurie, soit que la soif précède, soit qu'elle domine le tableau clinique. Ces chiffres confirment la conception des auteurs sur l'importance de la soif dans le diabète insipide.

La cause de la soif dans le diabète insipide. — MM. Raoul KOURILSKY, LAUDAT et LORTAT-JACOB recherchent la cause de la soif dans le diabète insipide humain en partant de cette notion que la soif est le phénomène essentiel et la polyurie le fait secondaire. Pour eux la soif ne dépend pas d'une stimulation humorale ou tissulaire, mais bien d'une action nerveuse centrale. La recherche physiologique doit s'efforcer de découvrir le mécanisme de la régulation hypothalamohypophysaire de la soif, dont la perturbation donne lieu au syndrome du diabète insipide.

Diabète insipide et concentration des chlorures urinaires. — M. J. MARIE a étudié avec M. DEBRÉ trois cas de diabète insipide, du point de vue de la concentration du Na Cl urinaire sous l'action de doses de post-hypophyse. Survient un trouble de l'excrétion des chlorures, le diabétique insipide ne pouvant éliminer le Na Cl régulièrement : d'où, chez le malade, une diminution du pouvoir concentrateur du rein pour Na Cl.

Cancer primitif du poumon (épithélioma à petites cellules) chez un enfant de trois ans et dix mois. — MM. POINSO, LAVAL et LASSAVE (Marseille).

Image pseudo-lacunaire de l'antre, révélatrice d'un cancer gastrique muqueux. — MM. Guy ALBOT, OLIVIER, BEAUJARD et HUEL.

Action de la vitamine PP dans deux cas d'acrodynie infantile. — MM. GOUNELLE, Yves RAOUL et A. VALLETTE.

Oxycarbonémie et alimentation actuelle. — M. LOEPER. — On doit voir dans la teneur actuelle du sang en oxyde de carbone, un phénomène en rapport avec l'alimentation riche en glucides et une insuffisance de l'organisme à pousser au stade acide carbonique la transformation de ces substances.

PRENEZ PLUTOT un comprimé de
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
CORYDRANE
ACÉTYL - SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE
l'aspirine qui remonte
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

CHRONIQUE

MARFAN ET LA DEFENSE DES HUMANITES

Au moment où la Faculté vient de perdre avec Marfan un de ses maîtres les plus éminents, les circonstances nous amènent à rappeler ici son action en faveur de la culture classique des médecins, qui lui apparaissait indispensable au maintien élevé de la profession. Il assistait attristé à la décadence progressive de la culture générale des étudiants, et il n'hésitait pas à faire dater cette décadence des années qui suivirent la néfaste réforme de l'Enseignement de 1902.

Et comme nous faisions part de l'avis du professeur Marfan à M. Léon Bérard, alors Ministre de l'Instruction publique, celui-ci nous disait : *Dans trente ans, si nous n'y mettons bon ordre, il n'y aura plus de civilisation française ; il faut aider le grand pédiatre à faire prévaloir son opinion à la Faculté de Médecine.*

Alors commença dans les milieux médicaux une campagne pour la modification des droits octroyés par le baccalauréat. En 1922 Marfan fit voter par le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris un vœu en faveur de la culture classique des médecins; et ce vœu renforça la position de Léon Bérard. Le Ministre en fit état lors des débats de 1923 sur la réforme classique de l'Enseignement.

Lorsqu'à partir de 1930 l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris* nous chargea de défendre auprès des Pouvoirs publics le principe du baccalauréat classique pour l'accès au doctorat en médecine, Marfan nous remit sur cette question une déclaration que publièrent la *Gazette des Hôpitaux*, la *Presse Médicale* et le *Concours Médical*. Peu après, il donna à ce sujet une étude très documentée dans le *Journal des Débats* où il fit sienne l'opinion soutenue par l'Association Corporative. Les professeurs Henry Roger, Balthazard, Sergent, Cunéo, Henry Vignes et Forgue s'associèrent à Marfan.

Un débat sur la nécessité de la culture classique pour les médecins eut lieu par la suite à la mairie du Xe arrondissement sous la présidence effective du doyen Lépine (de Lyon) avec des interventions du sénateur Dr Armbruster, des Drs Rist et Cibrie, des professeurs Sergent et Lépine, et de nous-mêmes. Comment ne pas rappeler aussi l'action personnelle de Marfan auprès de ses confrères, membres de la Haute-Assemblée, en faveur du vote de l'amendement Debierre lors des débats sur la loi Armbruster en 1933. Cet amendement exigeait le baccalauréat A (latin-grec) pour l'inscription à la Faculté de Médecine. Le Sénat, à une très grosse majorité, donna raison à Marfan, à la Confédération des syndicats médicaux et à l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris. Qu'aurait pensé le professeur Marfan du décret récent qui ouvre les Facultés aux titulaires du brevet supérieur ?

M. MORDAGNÉ.

LES HUMANITES SONT-ELLES ENCORE DEFENDUES ?

Dans la période qui a précédé les événements actuels, les études classiques ont subi bien des assauts, comme le rappelle plus haut M. Mordagne. Cependant la démagogie la plus fougueuse avait reculé devant la suppression du baccalauréat pour les études supérieures : on avait bien imaginé des moyens détournés, des équivalences, qui permettaient l'accès aux Universités, mais on n'avait pas osé prendre une mesure générale.

Et voici que, par décret, les universités vont être ouvertes aux titulaires du brevet supérieur.

Certes, nous ne méconnaissons pas la valeur de ce brevet. Elle est très réelle. Mais avec lui nous nous éloignons singulièrement de ces humanités qui, plus que jamais, apparaissent indispensables au maintien du niveau des futurs médecins.

Il peut paraître surprenant que le décret ait été signé par un membre de l'Académie française. Nous nous garderons d'épiloguer et nous nous contenterons de constater que, si une mesure aussi peu judicieuse n'est pas rapportée, il faudra être bachelier pour être instituteur primaire, mais il n'y aura pas besoin du baccalauréat pour devenir professeur, avocat, médecin !...

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

La Médecine du Praticien, par Charles FIESSINGER. Un volume, 675 pages. Maloine, éditeur. Prix : cartonné, 225 fr. ; broché, 195 fr.

C'est dans les derniers mois de sa vie que M. Charles Fiessinger a revu les épreuves du bel ouvrage qui vient de paraître chez Maloine. Au soir d'une existence de travail magnifiquement remplie, notre cher et éminent confrère a tenu à apporter une fois de plus aux praticiens les sages enseignements que lui suggérait une longue expérience.

Soit dans le *Journal des Praticiens*, soit dans ses livres, soit dans des articles de Revues, Charles Fiessinger a toujours su, avec un grand bon sens, apporter des avis éclairés et donner des conseils utiles à ses jeunes confrères.

Tous ces conseils on les retrouvera dans le livre qui vient de paraître. Sous une forme nouvelle le maître se fait ici le compagnon et le guide du débutant ou du confrère déjà blanchi sous le harnais. Il les accompagne auprès de leurs malades, il essaie avec eux de rechercher et de débrouiller les symptômes, de faire un diagnostic, de prévoir les incidents et les complications, d'établir un traitement rationnel, de suivre enfin un convalescent. En nous quittant, Charles Fiessinger aura pu avoir le sentiment que jusqu'au dernier jour il s'était rendu utile.

F. L. S.

Les hermaphrodites et la chirurgie, par L. OMBRÉDANNE, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de Médecine. — Un volume de 322 pages avec 113 figures, 85 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Le livre que vient de publier le professeur Ombrédanne évoque un problème aux données multiples, et dont les conclusions ne peuvent manquer d'avoir une répercussion importante sur les directives chirurgicales en pareille matière.

L'ouvrage est intéressant à plus d'un titre, en rappelant d'abord les conceptions anciennes de l'hermaphrodisme dans l'art et dans la littérature, en faisant une sévère critique de la classification encore actuellement admise, qui conduit l'auteur à refuser comme un non-sens le terme de pseudo-hermaphrodisme.

Un chapitre bien curieux expose que la plupart des formes de l'hermaphrodisme humain se rencontrent à l'état normal chez certaines espèces animales. L'anatomie comparée de ces malformations, jointe à l'étude embryologique de leurs constitutions, ouvre bien des aperçus sur leur genèse.

Deux données essentielles dominent l'esprit du livre.

En premier lieu, il est abusif de concevoir qu'il existe un sexe vrai basé sur une seule considération de forme, qu'elle soit clinique, anatomique ou histologique.

Les erreurs avérées de la clinique sont nombreuses, les aspects visuels sont trompeurs, les examens histologiques sont le plus souvent incomplets au point de vue de l'examen de la lignée séminale, et la notion de l'ovotestis apparait une éventualité de plus en plus fréquente.

C'est donc à tort qu'on a jusqu'à présent affirmé le sexe d'un sujet sur le vu d'une seule de ces constatations.

Le sexe raisonnable d'un sujet est le résultat d'un bilan établi entre les caractères sexuels primaires apparents, primaires infra-abdominaux, secondaires somatiques d'une part, considérés en harmonie ou en dysharmonie les uns par rapport aux autres, et d'autre part les fonctions sexuelles de reproduction possible, de copulation, et les caractères tertiaires psychiques comprenant les volontés nettement affirmées, manifestation du libre arbitre, en harmonie ou en opposition avec les précédents caractères.

Ceci posé, l'auteur tire toutes les conclusions logiques de cette conception du sexe, en les appliquant aux malformations observées et aux corrections chirurgicales possibles.

Il les envisage sous l'angle des instructions militaires, de la jurisprudence civile et de la morale religieuse, après enquête sévère auprès de théologiens autorisés : catholiques, protestants, juifs et mahométans ont conclu que les dogmes religieux pouvaient être aujourd'hui adaptés aux progrès de la Science et de la Chirurgie; et ce n'est pas un des chapitres les moins intéressants de l'ouvrage que celui qui traite de la valeur morale du mariage des hermaphrodites.

Mais les directives données par l'auteur pour la correction chirurgicale de ces malformations constituent la partie fondamentale de ce travail.

L'auteur rapporte 25 observations personnelles ou inédites, indique les décisions qu'il a prises, les opérations correctives qu'il a exécutées, dont les indications sont discutées de très près, et qui ont abouti tantôt à la mise en femmes, tantôt à la mise en hommes de certains hermaphrodites.

Et c'est véritablement une série de problèmes de conscience et d'interprétation que soulève cet ouvrage, si nouveau dans ses préoccupations.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

INJECTION SOUS-CUTANÉE de 1 centicube POUR DÉBUTER, puis 2 centicubes
BOITES DE SIX AMPOULES DE 2 cc
LYSATS VACCINS DU Dr DUCHON
GYNECO VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE 27, Rue Desrenaudes, PARIS
INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME

Vient de paraître

LA 9ME ÉDITION DU

FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**

Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs

Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**

Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS

Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00



ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE

PLEXALGINE

LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE
ET VAGO - SYMPATHIQUE

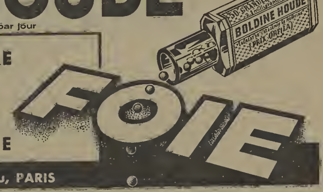
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVIe

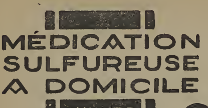


GRANULES TITRÉS A 1 milligramme — 3 à 6 par jour

ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE



Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS



RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, ENROUEMENTS, MALADIES DU NEZ GORGE & BRONCHES, MALADIES DE LA PEAU ETC.

SULFUREUX POUILLET

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EN BOISSON

Une mesure pour 1 verre d'eau sulfureuse.
Échantillon sur demande.

EN BAINS

1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS

1 à 2 compr. par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Viosten

Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines



Pour avoir récolte au verger faut de bonne heure le fortifier

Deficiences organiques

Comprimés • Injections de 1 c.c. • Granulés

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vauillé (XV°) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19



INDEX ALPHABÉTIQUE DU CLASSEMENT HOSPITALIER

N° 24. — 20 JUIN 1942 115° ANNEE Ce numéro : 1 fr. 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6°) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux* : Paris 254-76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux* : *Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

Nos lecteurs trouveront plus loin l'index alphabétique destiné à faciliter les recherches dans la liste de répartition des services hospitaliers de Paris publiée dans notre dernier numéro (6 juin 1942). En raison des circonstances cet index est limité aux chefs de service et assistants, aux chefs de clinique, aux internes et aux externes en premier. Nous nous excusons de n'avoir pu y faire figurer les externes.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Section A. Séance du 30 mai 1942. MM. Cachin : 17,5 ; Boudin : 20 ; Poumailloux : 20 ; Even : 20.

Section A. Séance du 30 mai 1942, à Saint-Antoine. MM. Lereboullet : 19 ; Meyer : 19 ; Benoist : 20 ; Poumeau-Delille : 20.

Section A. Séance du 3 juin 1942. MM. Brocard : 19 ; Rambert : 20 ; Poumeau-Delille : 19,5 ; Benoist : 19.

Section C. Séance du 3 juin 1942, à Tenon. MM. Salles : 18 ; Antonelli : 18 ; Rossier : 19 ; Weill : 18.

Section B. Séance du 5 juin 1942, à Necker. MM. Poumailloux : 18 ; Cachin : 17 ; Fauvert : 17,5 ; Netter : 20.

Section B. Séance du 6 juin, à Laënnec. MM. Brocard : 20 ; Even : 20 ; Rambert : 19,5 ; Poumeau-Delille : 19 ; Boudin : 20.

Section A. Séance du 6 juin. MM. Antonelli : 18,5 ; Lereboullet : 20 ; Meyer : 17,5 ; Rossier : 20 ; Salles : 19.

LISTE DES 10 CANDIDATS ADMISSIBLES AU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — 1er) M. Even ; 2e) M. Lereboullet ; 3e) M. Boudin ; 4e) M. Benoist ; 5e) M. Poumeau-Delille ; 6e) M. Netter ; 7e) M. Brocard ; 8e) M. Rambert ; 9e) M. Rossier ; 10e) M. Poumailloux.

CONCOURS DE MÉDECIN DES HOPITAUX (Nomination). — Jury : Médecins, MM. les Drs Brodin, Courcoux, Duvoir, Jacquelin, Donzelot, Guillain, Bourgeois, Hillemand, Marquezy, Chevallier ; chirurgien, M. le Dr Boppe.

CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX (Nomination à trois places). — Ont été nommés : M. Cordier, 97 ; M. Petit, 97 et M. Boudreaux, 97.

CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX (nomination). — Jury. Accoucheurs : MM. les Drs Cathala ; Couvelaire ; Ecalle ; Lantuejoul ; Vignes ; Ravina ; Devraigne. Médecin : M. le Dr Stevenin. Chirurgien : M. le Dr Lenormant.

CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. les Drs Coutela, Velter, Parfonry, Renard, Monbrun, Bourdier, Jacob, Senèque, Favory.

CONCOURS POUR 2 PLACES D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX (admissibilité). — Séance du 6 juin 1942. MM. les Drs Desvignes : 28 ; Joseph : 27 ; Offret : 28 ; Morax : 29.

CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — Jury : MM. les Drs Ombrédanne, Aubin, Lemaître, Chatellier, Le Mée, Huet, O. R. L., Hautant, Clément (Robert), médecin, Huet, chirurgien.

CONCOURS POUR 2 PLACES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE (admissibilité). — 2e séance de lecture. MM. les Drs Bérard : 29 ; Lemoyne : 28 ; Giraud : 25.

CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. les Drs Nespoulous, Richard, Gornouec, Raison, Houzeau, Lebourg, Marie, Léchelle et Sauvé.

Hospice National des Quinze-Vingts. — CONCOURS pour deux emplois d'assistant de clinique, quatre emplois d'assistant de clinique adjoint, treize emplois d'aide de clinique titulaire, stagiaire, étranger à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. Ces concours seront ouverts les jeudi 9 juillet 1942 pour les assistants de clinique, 16 juillet 1942 pour les assistants de clinique adjoints, 20 juillet 1942 pour les aides de clinique titulaires, stagiaires et étrangers, à neuf heures du matin, rue Moreau, n° 13.

Les candidats devront déposer au Secrétariat au moment de leur inscription :

1° Un extrait de l'acte de naissance et un certificat de domicile légalisé ;

2° Leur diplôme de docteur en médecine s'il y a lieu ;

3° Un bordereau énumérant leurs titres universitaires médicaux et scientifiques ;

4° Un exemplaire des travaux scientifiques qu'ils ont publiés.

Faculté de Médecine de Paris. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — Sont proposés comme prosecteurs titulaires : MM. Laurence, 163, et Verne, 158. Comme prosecteurs provisoires : MM. Debeyre, 153, et Champeau, 150.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Sont proposés aides d'anatomie titulaires : MM. Le Brigand, 84 ; Küss, 79 ; Leroy, 76 ; Dubost, 75 ; Pruvost, 75 ; Flabeau, 74. Et aides d'anatomie provisoires : MM. Cotillon, 73 ; Roy, 73.

LISTE DES PRIX A DÉCERNER (bourses de fondation, prix de médecin ou d'instituteur de préférence, prix, dons et legs, bourses municipales).

I. — Prix destinés à récompenser des travaux scientifiques (thèses, etc.), au titre de 1941 :

Prix Barbier, 3.000 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Behier, 3.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur une question de pathologie médicale (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Bernheim, 800 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais) (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Chateauvillard, 2.000 francs. — Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèses et dissertations inaugurales admises) (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Déroulède, 900 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Desmazes, 1.600 francs. — Récompense du meilleur traité sur la grippe (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Gérard Martinet, 2.800 francs. — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptibles d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Jeunesse, 2.000 francs. — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Jeunesse (Histologie), 1.500 francs. — Meilleur ouvrage relatif à l'histologie (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Lacaze, 20.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur la fièvre typhoïde (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Leri, 1.300 francs. — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations publié au cours de l'année 1940 (nscription jusqu'au 15 octobre 1942).

ARGINCOLOR
SIMPLE OU EPHÉDRINÉ
SOLUTION COLLOÏDALE de NUCLÉINATE D'ARGENT INCOLORE
L.E.V.A. - L. GAILLARD, Pharmacien
26, rue Pètrelle, PARIS (9e)

Prix Monthyon, 2.300 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominentes en 1940 (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Rigout, 600 francs. — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou bactériologique (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Pour Mémoire :

Prix Sicard (au titre de 1940), 30.000 francs. — 1 ou 2 prix dans le but de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire (cours, publications), soit par des voyages d'études (séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger).

Prix Léon Frey (au titre de 1940), 5.000 francs. — Récompense du meilleur mémoire sur la stomatologie.

Prix Legroux (au titre de 1940), 2.000 francs. — Meilleur travail sur le diabète, ses causes et son traitement.

II. — Bourses destinées à venir en aide à des étudiants méritants et peu fortunés régulièrement inscrits pour l'année scolaire 1942-43.

Anonyme, 2.800 francs. — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Carville, 1.200 francs. — Deux bourses au profit de deux étudiants français laborieux et peu fortunés (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Chauffour, 750 francs. — Bourse à un étudiant distingué et peu fortuné (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Corvisart, 1.200 francs. — Aide à deux étudiants de nationalité française peu fortunés et dignes d'intérêt (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Demarle, 700 francs. — Bourse à un étudiant méritant (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Dieulafoy, 6.000 francs. — Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Faucher, 1.000 francs. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examen pour deux étudiants français et deux étudiants polonais (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Hervieux, 3.200 francs. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Lannelongue, 450 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Malterre. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Marjolin, 4.000 francs. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, ayant recueilli avec soin les observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

De Rotschild, 2.200 francs. — Bourses à deux étudiants de préférence israélites (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Serge Henry Salle, 500 francs. — Achats d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Prix Segond, 5.000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves qui préparent le concours d'adjuvat ou qui ont obtenu le titre d'aide d'anatomie (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

De Trémont, 2.000 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Veret, 400 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

Vrain, 2.000 francs. — Aide à un étudiant, fils de médecin ou d'instituer de préférence, préparant l'internat et digne d'intérêt (Inscription jusqu'au 15 octobre 1942).

III. — Bourses municipales :

Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins.

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1942.

Les demandes établies sur papier timbré à 12 francs (sauf pour les pupilles de la Nation) et accompagnées, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, soit pour les bourses destinées à venir en aide aux étudiants d'un état de situation de fortune certifié devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de 14 à 16 heures (Bureau du Secrétaire-adjoint).

Faculté de Médecine de Bordeaux. — MM. les professeurs René Cruchet (clinique médicale des enfants) et Andérodias (clinique d'accouchements) ont été admis à la retraite pour ancienneté d'âge et maintenus en fonction jusqu'au 30 septembre 1942.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Aimes, professeur sans chaire, a été chargé de la suppléance de la chaire de clinique chirurgicale pendant le congé de M. le professeur Riche.

Faculté de Médecine de Nancy. — MM. les professeurs Perrin et Robert ont été admis à la retraite par ancienneté d'âge à compter du 30 septembre 1942.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Vallois, professeur au Museum, ancien professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse, a été nommé professeur honoraire.

Ecole de Médecine de Rouen. — M. Jouanneau, chirurgien adjoint des hôpitaux, est chargé d'assurer le service de M. Derocque, professeur suppléant de clinique et pathologie externe, mort au Champ d'honneur.

Secrétariat d'Etat à la Santé. — DÉCRET N° 1378 DU 27 MAI 1942 FIXANT LA COMPOSITION DU JURY DU CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DES MÉDECINS DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES. — Article premier. — L'article 4 du décret du 25 décembre 1938 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le jury du concours comprend :

« 1° Le secrétaire d'Etat à la Santé ou son représentant, président ;

« 2° Le directeur de la Santé ou son représentant ;

« 3° Un inspecteur général de la Santé et de l'Assistance ;

« 4° Un professeur d'une faculté de médecine titulaire ou adjoint, agrégé ou chargé de cours, chargé d'un enseignement psychiatrique, désigné par le secrétaire d'Etat à la Santé ;

« 5° Le sous-directeur, chef des services de l'Assistance ou son représentant ;

« 6° Le sous-directeur, chef des services du personnel, du budget et de la comptabilité ou son remplaçant ;

« 7° Cinq médecins directeurs et médecins chefs de service en exercice, dont deux appartenant au cadre de la Seine, désignés par le secrétaire d'Etat à la Santé ;

« 8° Deux médecins directeurs et médecins chefs de service en exercice, dont un appartenant au cadre de la Seine, désignés comme membres suppléants ». (*J. O.*, 3 juin 1942.)

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Benech, médecin inspecteur de la Santé de Meurthe-et-Moselle, a été nommé médecin inspecteur de la Santé du Rhône.

M. le Dr Freyche, médecin inspecteur adjoint de la Santé, chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de la Gironde, est nommé médecin inspecteur de la Santé de la Gironde.

M. le Dr Julié, médecin inspecteur adjoint de la Santé, chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de la Gironde, est nommé médecin inspecteur de la Santé de la Gironde.

M. le Dr Rouchon, médecin inspecteur adjoint de la Santé, chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé des Hautes-Pyrénées, est nommé médecin inspecteur de la Santé des Hautes-Pyrénées.

M. le Dr Lavome, médecin inspecteur adjoint de la Santé des Basses-Pyrénées, est nommé médecin inspecteur de la Santé des Basses-Pyrénées (zone occupée).

M. le Dr Vernus, médecin inspecteur adjoint de la Santé de Saône-et-Loire, est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé du Jura.

M. le Dr Hyronimus, médecin inspecteur de la Santé des Ardennes, a été nommé médecin inspecteur de la Santé de Meurthe-et-Moselle.

M. le Dr Gresy, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Aisne, a été chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé des Ardennes.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES. — Mme le Dr Masson, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Naugeat, est affectée, sur sa demande, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources. (*J. O.*, 6 juin 1942.)

SANATORIUMS PUBLICS. — M. le Dr Arribeahaute, chargé des fonctions de médecin directeur du sanatorium des Tilleroyes (Doubs), est nommé médecin directeur de cet établissement.

M. le Dr Clermont, médecin adjoint du sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir), est nommé médecin directeur du sanatorium de Saint-Sever (Calvados). (*J. O.*, 20 mai 1942.)

Interdiction d'exercer la médecine. — Le *Journal Officiel* du 7 juin 1942 publie une liste de praticiens d'origine étrangère auxquels est refusé le droit d'exercer.

Praticiens d'origine étrangère relevés de l'interdiction d'exercer leur profession. — Le même journal publie une liste de médecins d'origine étrangère qui sont relevés de l'interdiction et autorisés à exercer leur profession.

Intérieur. — M. le Dr Francisque Hennart a été nommé adjoint au maire d'Armentières (Nord).

Justice (NATURALISATION). — M. le Dr Leblanc, d'Aix-les-Bains, né à Port-Louis (Ile Maurice). (*J. O.*, 31 mai 1942.)

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Officier.* — M. le médecin commandant Stibio, du 99e Régiment d'infanterie alpine, croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 3 juin 1942.)

Citation à l'ordre de la Nation. — Le *Journal Officiel* du 28 mai publie la citation du Dr Rouffiac (Marie-Albert), médecin communal à Tébessa (Constantine), mort du typhus contracté au chevet de ses malades. Il avait reçu la Médaille d'Or des épidémies à titre posthume.

— Le Gouvernement cite à l'ordre de la Nation :

M. Luccbini (Marcel), médecin communal de la Ville d'Alger. A exercé sa profession avec un grand esprit d'abnégation. A contracté le typhus au chevet de ses malades, donnant la preuve de son dévouement professionnel absolu. Est décédé des suites de cette maladie. (*J. O.*, 4 juin 1942.)

Bureau municipal d'hygiène de Troyes. — L'Administration de la ville de Troyes recherche la collaboration d'un médecin biologiste chargé du service du Laboratoire Municipal d'Hygiène, sans possibilité de pratique privée. Traitement de 45.000 fr. à 60.000 fr. après 12 ans de services. Indemnités de résidence familiale, de charges de famille et supplément de traitement de 6.000 fr. au début.

Pour toutes précisions complémentaires, s'adresser à M. le Maire de Troyes.

Voir la suite des Informations page 274

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe




PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


CUTIGÉNOL
Pommode à base de
Vitamines - Hormones - Insuline
ACTIVE LA RÉGÉNÉRATION CELLULAIRE
ULCÈRES BRÛLURES PLAIES
et toutes
LÉSIONS ATONES ou TORPIDES
ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES DU Dr DEBAT
60, RUE DE MONCEAU, PARIS


SILÉNAN
809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE
SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ
Possède toutes les activités thérapeutiques du sulfamide, renforcées par la molécule camphre soluble qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.
ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT.
Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme.
2 formes : comprimés et poudre.
Tableaux de Traitements sur demande
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XV°
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON


Oxyaminothérapie
ACIDES AMINÉS
TUBERCULOSES
courantes
graves ou rebelles
OKAMINE
SIMPLE
CYSTÉINÉE
(Formule N° 2)
10 AMPOULES
1 tous les 2 ou 3 jours
DRAGÉES
3 à 4 au petit déjeuner
du Dr HERVOUËT
(Formule N° 3)
20 AMPOULES
pour 10 injections
1 tous les 2 jours
P. BUGEARD, Phien, 13, rue Pavée - PARIS (4e)

FLUXINE
Gouttes et Dragées

TONIQUE GÉNÉRAL
RECALCIFIANT

GAUROL

CALCIUM ASSIMILABLE

AMPOULES
COMPRIMÉS
GRANULÉ

GAUROL INTRAVEINEUX

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ - Courbevoie (Seine)

RHUME DES FOINS
TRAITEMENT LOCAL ET GÉNÉRAL PAR LA
SANÉDRINE
Éphédrine lévogyre

RÉDUIT L'HYPERHÉMIE
L'HYPERSÉCRÉTION
NASALE, OCULAIRE
BRONCHIQUE

CALME LA DYSPNÉE

VOIE BUCCALE
Comprimés à 0gr.025
2 à 4 par 24 heures

PULVÉRISATIONS NASALES
Solution huileuse à 2 %
Solution aqueuse à 3 %

SPECIA
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)



VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS
LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL
DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

PRIMO-INFECTION MALIGNE DE L'ADULTE AVEC PÉRICARDITE EXSUDATIVE RÉGRESSIVE

Par MM. Warembourg, Houcke et Lorriaux (de Lille)

En janvier 1941 entre à l'hôpital de la Charité un homme de 29 ans, parce que depuis un mois, il tousse, crache, maigrit, perd ses forces et fait de la température.

Il apparaît de fait très amaigri, pâle, confiné au lit par une asthénie profonde et porteur d'une température oscillant entre 39° et 40°. Il est également très dyspnéique.

On est surpris de ne trouver à l'examen physique du poumon rien de notable ; à peine décèle-t-on à la base gauche une submatité discrète avec diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire.

L'auscultation du cœur révèle un premier bruit assourdi, le pouls est petit, à 92, la tension artérielle basse.

Une radiographie thoracique est pratiquée le 25-1-41. Elle montre, juxtaposée à l'ombre cardiaque, à gauche, sous le bouton aortique, une masse arrondie, à contours légèrement polycycliques, d'opacité homogène, de limites assez nettes. De cette masse part vers la région inter-cléido-hilaire gauche une ombre d'opacité non homogène, de nature évidemment parenchymateuse. A droite, existe dans la région latéro-trachéale droite, juxtaposée à l'ombre médiane cardio-vasculaire, une opacité hémisphérique homogène et à limites nettes nettement évocatrice d'adénopathie.

De plus l'ombre cardiaque est légèrement déformée. Le diamètre transversal du cœur est augmenté. Le pédicule de la base est élargi.

Dès ce moment, les crachats renferment de nombreux b. K.

Huit jours plus tard, nouvelle radiographie qui montre une image pulmonaire inchangée, mais par contre une déformation de l'ombre cardiaque symptomatique de péricardite avec épanchement : ombre élargie, déformée en dôme, sans battements, avec raccourcissement du pédicule. D'ailleurs la dyspnée s'est accentuée et des signes physiques d'épanchement péricardique sont apparus : aire de matité élargie et déformée, assourdissement considérable des bruits.

Cet épanchement augmentera dans la suite progressivement de volume de telle sorte que le 14-2-41 une ponction doit être pratiquée ; elle ramène un liquide séro-fibrineux que l'on analyse et qui montre :

Rivalta	+
Formule	Lympho 95 %.
	Polynucléaires 5 %.

600 cm³ de liquide sont ainsi soustraits.

Mais bientôt apparaissent à la base gauche tous les signes d'un épanchement pleural. On le ponctionne. Il s'agit d'un liquide séro-fibrineux, Rivalta + avec 92 % de lympho et 8 % de polynucléaires.

Pendant tout ce temps la température persiste entre 39° et 40°. C'est à ce moment qu'une cuti-réaction est pratiquée pour la première fois et se révèle nettement positive (9-4-41).

Le 25-5-41, l'état général du malade s'aggrave de plus en plus. Pourtant les signes cliniques de péricardite ont à ce moment rétrocédé et une radiographie pratiquée montre à nouveau une image cardio-vasculaire rigoureusement normale. Il n'existe ni signes de symphyse, ni manifestations d'insuffisance cardiaque.

L'expectoration renferme toujours des b. K.

Le 28-5-41, l'état s'aggrave encore. Une dyspnée intense s'installe et le malade succombe.

Pour en terminer avec cette observation, signalons que ce sujet a toujours habité la ville, qu'il n'a personnellement aucun antécédent bacillaire, mais qu'il a perdu un enfant âgé de 6 mois, et que sa femme est morte 3 mois environ avant son entrée à l'hôpital, de tuberculose pulmonaire.

Compte rendu nécropsique

Présence dans la plèvre gauche d'un litre et demi de liquide environ.

Poumon droit non adhérent, œdématié ; poumon gauche adhérent ; lobe inférieur splénisé ; dans le lobe supérieur, lésions d'infiltration ulcéro-caséeuse typique. Sur les plèvres viscérales et dans l'intérieur des deux poumons, présence de granulations multiples, de la grosseur d'un grain de mil, semi-transparentes.

Dans l'espace intertrachéo-bronchique, les régions latéro-trachéales droite et gauche et les régions hilaires droite et gauche, présence de 5 à 6 nodules de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix, entièrement caséifiés : adénopathies trachéo-bronchiques caséeuses typiques.

Péricarde : les feuillets péricardiques sont entièrement symphysés, épaissis, criant sous le couteau.

Foie augmenté de volume ; on y trouve un petit nodule tuberculeux. On en rencontre de semblables dans la rate et les reins. Ganglions caséeux de la région sus-pylorique et dans le mésentère.

Examen histologique

Péricarde et cœur

Symphyse des deux feuillets du péricarde avec follicules tuberculeux caractéristiques. Le muscle cardiaque ne présente pas de lésions tuberculeuses.

Rate

Présence de nodules ulcéro-caséeux avec cellules géantes.

Les follicules de Malpighi sont diminués de taille et de nombre. Il n'y a pas de réactions particulières des éléments cellulaires de la rate. A signaler hypertrophie nette du réticulum splénique et congestion des cellules bordant les cordons de Billroth.

Foie

Quelques nodules miliaires au milieu d'un parenchyme peu altéré.

Rein

Dans la corticale petit nodule lymphoïde de nature vraisemblablement tuberculeuse.

Ainsi donc un sujet de 29 ans, sans antécédent bacillaire et dont la femme vient de mourir de phtisie, installe rapidement des adénopathies trachéo-bronchiques accompagnées de fièvre élevée et d'expectoration bacillifère. Il ne tarde pas à faire une péricardite avec épanchement qui se résorbe et une pleurésie gauche qui persiste. Bientôt des lésions parenchymateuses importantes s'étendent dans le poumon gauche. Finalement le sujet succombe six mois environ après le début de sa maladie. A l'autopsie on trouve de volumineux ganglions trachéo-bronchiques caséeux, une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse gauche, une symphyse péricardique intrinsèque, enfin un essaimage granulique généralisé terminal.

Plusieurs points intéressants sont à discuter dans cette observation :

1° Tout d'abord les lésions qu'a présentées notre malade doivent-elles être rapportées à une primo-infection tuberculeuse ou à une réinfection ?

Il y a peu d'années encore, l'âge de notre sujet, le fait qu'il eût habité toute sa vie une grande ville, auraient constitué des arguments formels contre l'hypothèse de primo-infection. En réalité, nombre de travaux ont montré depuis la fréquence de cette dernière chez l'adulte jeune, non seulement lorsqu'il est issu de régions peu contaminées par la tuberculose (pays exotiques, campagnes retirées) mais même lorsqu'il vit depuis de longues années en milieu exposé à l'infection bacillaire. Dans un travail récent, MM. Troisier, Bariéty et Brouet rappelaient les critères qui permettent de rapporter à coup sûr une manifestation tuberculeuse à la primo-infection. Ce sont : l'absence de lésions tuberculeuses anciennes (nous n'en relevons pas chez notre malade), la notion récente d'un contact infectant (notre sujet vient de perdre sa femme de tuberculose), l'existence d'un état infectieux plus ou moins explicite avec constatation du complexe primaire ganglio-pulmonaire (celui-ci a été mis en évidence dans notre cas pendant la vie et vérifié après la mort au cours de l'autopsie), la dissémination hématogène précoce (notre sujet a fait de façon précoce une péricardite, une pleurésie et il est mort de granulie), les résultats positifs des tests biologiques et notamment le virage de la cuti-réaction : là est le seul point faible de notre observation ; nous n'avons pu faire la cuti-réaction que de façon tardive (cinq mois environ après le début de la maladie) et elle était alors déjà positive, de sorte que nous n'avons pu mettre en évidence son virage. Ce n'est pas à dire que celui-ci ait manqué, mais nous ne pouvons fournir à cet égard une preuve certaine. Par contre, la vérification nécropsique que nous apportons constitue en faveur de la primo-infection un argument considérable. Nulle part ailleurs que dans la primo-infection on n'observe les énormes masses ganglionnaires entièrement caséeuses qu'il nous a été donné de déceler chez ce jeune homme ; si nous ajoutons que ces adénopathies avaient précédé pendant la vie l'éclosion de lésions pulmonaires importantes, que d'autre part, il ne fut possible de déceler à l'autopsie des poumons nulle trace de lésion fibreuse ou fibro-calcaire ancienne, l'hypothèse d'une primo-infection devient la seule soutenable.

Le diagnostic ne pourrait hésiter qu'avec les adénopathies trachéo-bronchiques de l'adulte allergique, telles que parmi d'autres auteurs nous en avons rapporté plusieurs cas il y a quelques années. Mais il s'agit là de faits rares, où il est toujours possible de déceler cliniquement, radiologiquement ou par l'autopsie la trace de lésions antérieures, où enfin les adénopathies trachéo-bronchiques observées sont peu volumineuses et incomplètement caséifiées car elles intéressent des ganglions en grande partie fibreux et anthracosiques : rien de semblable dans notre cas pour l'interprétation duquel, par conséquent, la notion de primo-infection mérite seule d'être retenue.

2° Cette observation de primo-infection de l'adulte jeune n'aurait d'ailleurs rien que de banal, si elle n'avait affecté une forme que MM. Troisier, Bariéty et Brouet ont décrite récemment sous le nom de primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte jeune. M. Troisier et ses collaborateurs désignent ainsi des cas dont la malignité est attestée :

a) « par la rapidité de l'évolution pathologique après la contamination bactériologique ou après ses premières manifestations ».

b) « par la soudure des épisodes morbides, qu'il s'agisse d'un déroulement strictement monophasique ou d'une évolution polyphasique dont les stades sont rapprochés et comme soudés ».

c) « Par la gravité du pronostic, la mort survenant en quelques semaines ou en quelques mois ».

Notre observation réalise bien ces diverses conditions :

L'évolution n'a pas excédé six mois. Elle a été marquée par l'apparition successive d'une adénopathie trachéo-bronchique, d'une péricardite avec épanchement, d'une pleurésie séro-fibrineuse, d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, enfin, d'une généralisation granulique, ces épisodes se déroulant selon la succession polyphasique à stades rapprochés dont parle M. Troisier. Enfin le tout a abouti rapidement à l'exitus.

M. Troisier, dans le travail auquel nous venons de faire allusion, distingue à la primo-infection maligne de l'adulte jeune, plusieurs formes cliniques : certaines sont disséminées et parmi elles il convient de décrire une forme miliaire diffuse, une forme à majoration séreuse où les plèvres, le péricarde, le péritoine font les frais des localisations bacillaires, enfin une forme à prédominance ostéo-articulaire. Il existe aussi des formes locales que M. Troisier appelle phtisiogènes, c'est-à-dire génératrices de lésions pulmonaires à type ulcéro-caséeux, que ces lésions soient secondaires à un complexe ganglio-pulmonaire initial, ou qu'elles apparaissent d'emblée, réalisant une primo-infection d'aspect tertiaire.

Il nous est difficile de ranger notre observation dans l'un de ces cadres, car, à la vérité, elle les embrasse presque tous. Notre malade a bien fait une forme généralisée où la « sommation séreuse » (péricardite et pleurésie) s'est encore compliquée d'un essaimage miliaire terminal. Mais il participe aussi des formes phtisiogènes puisqu'il crachait de façon précoce d'abondants bacilles de Koch et portait dans son poumon gauche des lésions de type ulcéro-caséeux qu'a vérifiées l'autopsie.

Ainsi cette observation méritait, croyons-nous, d'être rangée à côté de celles de MM. Troisier, Bariéty et Brouet puisque non seulement elle leur est étroitement assimilable, mais encore elle en réalise une véritable synthèse chez le même sujet.

3° Un dernier point mérite de retenir l'attention, c'est au milieu des étapes évolutives multiples de notre malade, le comportement de sa péricardite. C'est encore à un article de M. Troisier et de deux de ses collaboratrices, Mlles Ladet et Bérenger, que nous ferons appel sur ce point. Ces auteurs dans un travail tout récent attiraient l'attention « sur un point de pathologie jusque-là sinon méconnu, tout au moins imprécisé, à savoir l'apparition précoce d'une péricardite avec épanchement durant l'évolution, chez l'adolescent, d'une tuberculose de primo-infection ». Ils rapportaient de ce fait deux exemples typiques, puis, au cours de recherches bibliographiques, sortaient de l'ombre des observations de même type auxquelles n'avaient pas été tout d'abord attachée leur signification véritable. Des deux malades de M. Troisier, l'un est mort, l'autre, au contraire, a guéri sans manifestation de symphyse péricardique ni d'insuffisance myocardique et l'auteur insiste sur cette évolution favorable d'une « localisation de l'infection tuberculeuse dont on sait la haute gravité ». Signalons, en outre, à cet égard, que MM. Dupérié, Fontan et de Lachaud ont récemment publié deux cas de péricardite hémorragique tuberculeuse curable.

Notre observation apporte un exemple de plus de péricardite avec épanchement afférente à la primo-infection. Il est de plus curieux de constater que cette localisation a affecté chez notre malade pourtant si gravement touché, la même allure relativement bénigne que M. Troisier a observée dans l'un de ses cas. Alors que notre sujet voit sa pleurésie séro-fibrineuse gauche persister jusqu'à la mort, son épanchement péricardique se résorbe assez rapidement et ne laisse après lui ni signe apparent de symphyse, ni manifestation d'insuffisance cardiaque. Celle-ci n'apparaîtra jamais, même à la phase terminale de la maladie. Grâce au contrôle nécropsique qu'elle comporte, notre observation apporte d'ailleurs sur la modalité de telles « guérisons » des enseignements utiles. Sans doute notre malade n'avait aucun signe apparent ni clinique, ni radiologique de symphyse péricardique ; sans doute il ne manifesta jamais d'insuffisance cardiaque et pourtant l'autopsie vérifiait chez lui l'existence d'une symphyse péricardique intrinsèque complète. Les classiques nous ont d'ailleurs appris que la péricardite tuberculeuse « emprunte peu d'expression à la symphyse externe » (*accretio cordis*) et revêt souvent, au contraire, le type interne (*concretio cordis*) et l'on sait quelle est parfois la latence de ce dernier. De tels faits doivent cependant rendre prudent dans l'appréciation de la guérison en pareille matière.

Ainsi notre observation méritait, croyons-nous, d'être rapportée :

1° Parce qu'elle offre un exemple typique des faits de connaissance récente auxquels donne lieu la primo-infection maligne de l'adulte. Elle montre de manière particulièrement frappante quelle peut être la complexité des tableaux cliniques réalisés en pareil cas.

2° Parce qu'elle vérifie la possibilité de péricardites avec épanchement au cours du syndrome de primo-infection.

3° Parce qu'elle montre la curabilité possible de telles péricardites même dans les cas où l'évolution générale de la maladie est des plus défavorable. Encore s'agit-il d'une curabilité relative, puisqu'elle s'opère au prix d'une symphyse intrinsèque, dont il n'est pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de préciser les conséquences à long terme.

(Travail de la Clinique Médicale et Phtisiologique de la Charité-Lille, Professeurs Jean Minet et René Legrand.)

SYNDROME DE KORSAKOFF GRAVIDIQUE D'ORIGINE CARENTIELLE PROBABLE

par R. Coulonjou et H. Hécaen

Dès 1928 Shattuck avait énoncé que le syndrome polynévrite pouvait être rapproché du béribéri et qu'il pouvait relever d'une origine carentielle.

Les travaux se poursuivirent dans ce sens et en 1933, Minot, Strauss et Cobb apportaient à cette même thèse de solides arguments en réalisant chez les alcooliques chroniques, de véritables expérimentations humaines qui montraient l'importance de la carence en vitamines B^1 dans la genèse des polynévrites. Strauss, Blackenhorn et Spies, puis Jolliffe, Colbert et Joffé, confirmaient leurs conclusions.

En France, Villaret, Justin-Besançon et Klotz (Soc. Méd. Hôp., juillet 1936) s'attachaient à préciser par quels mécanismes l'apport en vitamines B^1 devenait insuffisant chez l'alcoolique chronique, et qu'il ne s'agissait pas d'une simple carence vitaminique, mais d'un véritable trouble dysmétabolique.

Ils insistaient sur les troubles gastriques (vomissements, anorexie réduisant l'apport alimentaire, lésions gastriques empêchant les vitamines d'arriver au foie), sur les troubles hépatiques (entraînant un défaut de leur utilisation), enfin sur les troubles endocriniens (thyroïde, ovaire) qui accroissent les troubles d'assimilation des vitamines ingérées. Puis se référant aux travaux de MM. Raudouin et Lecoq, ils admettaient qu'il existait un rapport constant entre la vitamine B nécessaire et les glucides ingérés.

La conclusion thérapeutique se révélait pleine d'intérêt et depuis se succédèrent les communications relatant les bons effets de la vitaminothérapie B^1 dans les polynévrites alcooliques, tandis que les résultats des expériences de Lhermitte, Ajurriaguerra et Garnier confirmaient cette manière de voir.

L'action des autres vitamines, en particulier A et C était aussi reconnue, mais paraissait plus secondaire.

En même temps, on étendait au syndrome polynévritique tout entier cette pathogénie carentielle où le rôle primordial était réservé à l'aneurine.

Aussi cette explication fut-elle invoquée pour les polynévrites gravidiques, par des auteurs américains (Théobald, Strauss et Mac Donald) et allemands (Kramm, Stälher), contrairement à la presque unanimité des auteurs pour qui le seul mécanisme possible est la toxémie gravidique. Boudouresque, dans sa thèse *Véritable traité des Polynévrites*, comme la qualifie le professeur Roger, résume ainsi la théorie de l'école américaine : « Les exigences fœtales constituent des facteurs d'épuisement de l'organisme maternel, qui entraînent des troubles profonds de la nutrition. Aussi considèrent-ils que la polynévrite gravidique relève moins du point de vue traitement, du traitement obstétrical que du traitement médical qui visera à combattre les pertes sanguines, en donnant aux malades un régime riche en vitamine B.

Théobald, en 1930, émit l'hypothèse que ces polynévrites étaient dues à une sorte de béribéri, pour les raisons suivantes : le béribéri est beaucoup plus fréquent chez les femmes enceintes que chez les autres, en pays endémiques ; les symptômes de béribéri sont exactement semblables à ceux des névrites gravidiques : la toxémie gravidique est en rapport avec des carences alimentaires.

Théobald rapporte cinq cas de femmes enceintes qui, dans les dernières semaines de la grossesse, furent atteintes de névrite et qui furent guéries par l'adjonction de vitamine B concentrée. Les lésions anatomiques seraient semblables à celles du scorbut et du béribéri. »

Mais malgré cela, Boudouresque écrit peu après : « Nous nous rangerons à l'avis classique qui affirme l'origine toxique des polynévrites gravidiques. »

L'observation de psychopolynévrite gravidique qui va suivre, bien que le rôle de l'infection colibacillaire puisse être envisagée, nous a paru venir s'inscrire contre cette conclusion, la grossesse ayant été menée à terme, et nous permettre de retrouver les mêmes facteurs conditionnant une carence vitaminée que ceux mis en évidence par Villaret et ses collaborateurs, chez les alcooliques.

Observation. — Mme C... entre à l'hôpital le 30 juillet 1938 pour « vomissements incoercibles de la grossesse ».

Elle est âgée de 25 ans. On ne relève rien dans ses antécédents tant personnels que familiaux. Aucune notion d'éthylisme personnel ou héréditaire. Une première grossesse normale il y a cinq ans.

Dernières règles le 20 avril. Utérus de trois mois environ. Les vomissements ont débuté vers la fin de juin, mais ils sont devenus incompatibles avec une vie normale que vers le 15 juillet (20 à 30 par jour ; amaigrissement de 10 kilos pendant cette période).

Dès son entrée à l'hôpital, ils diminuèrent puis cessèrent rapidement — mais la température jusque-là normale s'élève jusqu'à 38°6 et la malade se plaint de la fosse lombaire. L'examen direct des urines et la culture sont négatifs pour le colibacille et pour tout autre germe. D'ailleurs, la température cède en 24 heures.

La malade émet chaque jour entre 400 et 700 centimètres cubes d'urine claire dont l'analyse, le 1er août, a donné les résultats suivants :

Urée	18 gr.	
Chlorure de sodium	1 gr.	seulement
Glucose	1 gr. 30	
Corps cétonique : abondante présence, coefficient de Maillard	0 gr. 23	
P. H.	5 gr. 7	

La glycémie est à 1,35, l'azotémie à 0,35.

Vers le 15 août, alors que l'état général s'améliorait progressivement (disparition du sucre et des corps cétoniques urinaires), les infir-

mières signalent un comportement bizarre : attitude indifférente, reste confinée au lit, paraît très maladroite de ses mains.

Le 22 août, nous pratiquons l'examen mental et neurologique, ce qui nous permet les constatations suivantes :

Malade un peu sidérée, ne parlant que lorsqu'on l'interroge et qui n'a pas attiré spontanément l'attention sur les gros troubles qu'on va découvrir. Amnésie de fixation absolue et désorientation temporo-spatiale complète ; la perte de la conservation des souvenirs remonte assez loin puisqu'elle ne peut dire quand et pourquoi elle a été hospitalisée. Elle ne fait d'ailleurs aucun effort pour savoir où elle se trouve, encore qu'elle reconnaisse bien la qualité des personnes qui l'entourent. Elle n'est pas agitée, dort assez bien, est docile, nullement inquiète : elle ne vit que dans le moment présent et l'oublie absolument et immédiatement. Il n'existe aucun onirisme, aucune fabulation.

L'examen neurologique met en évidence des signes très nets de polynévrite des membres supérieurs et inférieurs. Troubles de la sensibilité subjective et objective, atrophie musculaire, troubles sécrétoires, diminution très marquée de la force musculaire, surtout aux membres inférieurs. Abolition des réflexes cubito-pronateurs et palmaires aux membres supérieurs des achilléens avec forte diminution des rotuliens aux membres inférieurs. Aucun signe d'atteinte centrale.

L'examen électrique pratiqué le 25 août montre :

Réaction de régénérescence partielle des muscles des avant-bras.

R. D. complète des muscles de la loge antéro-externe des deux jambes.

La vitaminothérapie est instituée le 3 septembre : injection intraveineuse quotidienne de vitamines B^1 — ampoules à 1 cgr. (série de 25).

En même temps, on associe la galvanisation continue et on donne citrons, fruits, levure de bière, pain complet, tandis qu'on réduit les hydrates de carbone.

Une ponction lombaire de contrôle (9 septembre) donne des résultats normaux.

Le 12 septembre on constate une amélioration légère de la force musculaire au niveau des membres supérieurs avec persistance des signes sensitifs, tant subjectifs qu'objectifs — avec sudation intense. Aux membres inférieurs pas de modifications.

L'état reste ainsi stationnaire et très grave pendant trois semaines. Vers le 10 octobre, l'amélioration est devenue très nette aux membres supérieurs, mais n'apparaît pas aux membres inférieurs. En même temps, la malade paraît sortir peu à peu de son syndrome confusionnel, faisant effort pour s'orienter et s'intéresser à l'ambiance.

La grossesse progresse normalement et les bruits du cœur fœtal sont perceptibles.

La température restée normale depuis l'accès fébrile du début s'élève à trois reprises en clocher jusqu'à 39° du 26 octobre au 3 novembre, tandis qu'il existe des frissons, de la céphalée et des douleurs lombaires. L'examen des urines révèle cette fois du colibacille. Une série d'auto-vaccin est alors pratiquée.

Un deuxième examen électrique, le 18 novembre, montre une simple hypoexcitabilité des fléchisseurs sans R. D. aux membres supérieurs, mais une R. D. massive des muscles des membres inférieurs.

On refait une série de dix injections intraveineuses de vitamines B^1, à 1 cgr. par ampoule, à partir du 20 novembre.

A partir du 30 novembre, on peut dire que la malade n'est plus confuse, mais il existe une amnésie lacunaire pour toute la période aiguë de la maladie et elle s'étonne d'être depuis quatre mois à l'hôpital. Les membres supérieurs ne présentent presque plus de troubles sensitifs, moteurs ou des réflexes. Par contre l'amélioration n'est que très légère aux membres inférieurs où l'abolition des achilléens persiste. La malade ne peut toujours pas se tenir debout. L'état général, l'appétit sont bien meilleurs.

Sur ses instances, nous laissons sortir Mme C... le 5 décembre, en lui prescrivant de continuer la vitaminothérapie.

Examen à domicile le 10 janvier : la malade commence à faire quelques pas — persistance de fourmillement dans les membres inférieurs. Etat général excellent.

Accouchement à terme le 24 janvier d'un garçon pesant trois kilos, suites de couches normales.

Dernier examen le 14 mars 1939 : elle marche seule ; fatigabilité assez rapide, mais sans steppage ; elle perçoit mieux le contact avec le sol. Rotuliens normaux. Achilléens ébauchés. Rien à signaler aux membres supérieurs. L'état mental est tout à fait normal. Elle allaite son enfant.

Un examen électrique pratiqué ce jour-là montre une hypoexcitabilité galvanique des muscles de la loge antéro-externe des jambes sans R. D.

Tous les examens de laboratoire pratiqués en dehors de ceux déjà fournis ont donné des résultats normaux.

Le syndrome hémogénique fruste fut découvert fortuitement le 30 septembre (signe du lacet, temps de coagulation augmenté), l'épreuve de la galactosurie provoquée, la bilirubinémie pratiquée à cette date furent normales.

De fréquents dosages d'urines, nous ont permis de suivre l'évolution du coefficient de Maillard dont la très forte élévation avait été constatée au début (de 0,23 nous l'avons vu descendre progressivement vers 0,09 au début de septembre, se maintenir à ce taux jusqu'à fin novembre, où il remonta jusqu'à 0,25 pour s'abaisser ensuite peu à peu comme précédemment.

En résumé, l'histoire de notre malade a été la suivante : Après une longue période de vomissements incoercibles graves, ayant entraîné un état de dénutrition marqué et une insuffisance hépatique importante, elle présente au troisième mois de sa grossesse des troubles mentaux de type confusionnel, à forme surtout amnésique, accompagnés de troubles parésiques et sensitifs, à caractère strictement périphérique.

Il s'agissait donc d'une psychose de Korsakoff gravidique dont l'origine doit être discutée.

Le rôle du colibacille décelé dans les urines seulement plusieurs mois après le début des troubles peut-il être retenu ? On connaît en effet, depuis les beaux travaux de Vincent et de Baruk, l'affinité spéciale de la toxine colibacillaire pour le tissu nerveux. Merklen et Jacob à la Société Médicale des Hôpitaux ont rapporté un cas de Korsakoff gravidique où le colibacille jouait un rôle indiscutable.

Sans vouloir nier toute influence de ce facteur infectieux, nous ne pensons pas que dans le cas qui nous occupe, le colibacille soit le véritable responsable de l'atteinte neurologique. Son action semble avoir été peu importante, surtout au début de la maladie où il ne put être décelé et où l'évolution se faisait sans fièvre. Lorsqu'il apparut dans les urines en même temps que se faisait jour une poussée fébrile, la thérapeutique anticolibacillaire fut très modeste (le sérum de Vincent n'a pas été utilisé). De plus, le caractère purement périphérique des phénomènes neurologiques ne semble pas être en faveur de cette étiologie. Warembourg et Bédrine, dans une revue générale sur les accidents nerveux au cours de la colibacillose ne signalent pas de troubles périphériques et dans l'observation de Merklen et Jacob, l'atteinte centrale était évidente (épilepsie B. J., dyspnée *sine materia*).

Certes, en faveur de l'origine toxique de cette psycho-polynévrite on peut admettre la libération de toxines d'origine hépatique, le foie étant ici très sûrement lésé comme en témoigne l'élévation du coefficient de Maillard, l'acidose avec acétonurie, le petit syndrome hémogénique.

Cependant, devant l'important argument que représente la très grande action de la thérapeutique vitaminée dans notre cas, il nous paraît plus logique d'admettre la pathogénie carentielle.

Pour nous, en effet, les vomissements en réduisant l'apport alimentaire, l'insuffisance hépatique en gênant l'utilisation des vitamines ont créé un état dystrophique, une véritable maladie par carence où peut-être le colibacille a joué un rôle déclenchant (1). Ajoutons à ces facteurs le fait que notre malade suivait, avant son entrée à l'hôpital, un régime particulièrement riche en glucides et que d'autre part les exigences fœtales auraient nécessité un plus grand apport en vitamines.

Partant de cette hypothèse, nous avons obtenu par une thérapeutique vitaminée importante et prolongée un résultat très appréciable : non seulement les troubles mentaux ont totalement disparu et la polynévrite considérablement régressée, mais la malade a pu mener à bien sa grossesse et accoucher d'un enfant normal, alors que son état très sérieux à son entrée dans le service, pouvait faire envisager une interruption de la grossesse, si on avait admis la toxémie gravidique comme cause de syndrome.

Aussi, nous a-t-il semblé intéressant de signaler ce cas qui au point de vue pathogénique vient confirmer les conclusions des auteurs américains sur l'origine dysmétabolique de ces troubles, et permet de diminuer le pessimisme pronostique, de règle encore récemment puisque Chavany et Thiébaut, en 1935, admettaient le décès à peu près fatal de l'enfant et 20 % de léthalité pour la mère.

(1) Mouriquand a fortement insisté sur cette notion de dystrophies inapparentes qu'un facteur infectieux, la parturition ou la croissance viennent révéler.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

19 *mai* 1942. — M. Dumeige. Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. — M. Aurenche. Etude clinique de la névrite optique au cours de la spirochétose ictéro-hémorragique.

28 *mai*. — M. Plas. Etude critique de la thrombose intracardiaque et des accidents d'oblitération vasculaire au cours de la diphtérie. — M. Greslé. Traitement de certaines endocervicites et endométrites chroniques par le sérum de porc. — M. Nicolle. Traitement orthopédique des fractures du maxillaire inférieur.

29 *mai*. — M. Martinet. Indications de l'hystérectomie et choix de la voie d'abord au cours d'avortements compliqués. — Mlle Lindeux.

4 *juin*. — M. Tibéri. Les perforations suffocantes du pneumothorax artificiel. (Contribution à leur étude physiothérapique.) — M. Bouderbala. Du cathétérisme à l'endosc pie dans les sténoses de l'œsophage.

10 *juin*. — M. Roy. Les étoiles vasculaires des cirrhotiques. Leur valeur diagnostique, pronostique et pathogénique. — M. Tohmeh. La schwannose ou maladie de Recklinghausen. — M. Tenenbaum. Injections intraveineuses lentes et continues d'adrénaline dans l'insuffisance surrénale aiguë. — Mlle Baud. Contribution à l'étude des kystes non hydatiques du grand épiploon. — M. Vialatte. Contribution à l'étude des anomalies du rachis cervico-dorsal et de ses annexes. Rôle de l'infection surajoutée. — M. Jannot. Sur une nouvelle forme clinique de l'artérite pulmonaire.

11 *juin*. — M. Sanglier. Traitements actuels de la blennorragie chez l'homme.

THESE VETERINAIRE

19 *mai* 1942. — M. Decois. L'organisation de l'élevage du mouton en France.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 9 juin 1942

Les guérisons lointaines des néphrectomies pour cancer. — M. Maurice Chevassu. — Comparant sa statistique personnelle de 68 néphrectomisés pour cancer, dont 43 ont pu être suivis, aux statistiques les plus récentes, dont la réunion (statistique globale) donne 774 opérés suivis, M. Chevassu trouve les chiffres suivants :

Survies de 3 ans au moins : 19, soit 44 % (Stat. glob. : 34 %).
Survies de 5 ans au moins : 16, soit 37 % (Stat. glob. : 23 %).
Survies de 10 ans au moins : 8, soit 18,6 % (Stat. glob. : 8 %).
Survies de 15 ans et plus : 2, soit 4,65 % (Stat. glob. : 0,9 %).

Il importe, dit M. Chevassu, que toute hématurie soit étudiée avec la hantise du cancer. Ne pas compter sur un rein perceptible. Recourir immédiatement à l'examen radiographique. Si la radiographie simple ne décèle pas de calcul, faire une urographie intraveineuse.

L'urétéro-pyélographie rétrograde pourra dessiner des images caractéristiques que l'urographie intraveineuse avait été incapable de mettre en relief. Pendant que sont opacifiées les cavités rénales, s'attacher à étudier la mobilité du rein ; cette mobilité commande le pronostic.

Si tardive, relativement, que soit trop souvent la première hématurie révélatrice, c'est en lui attachant l'importance capitale qu'elle mérite et en l'étudiant avec tous les moyens dont l'urologie dispose à l'heure actuelle, qu'on offre aux cancéreux du rein les meilleures chances de guérison.

Le décret du 20 août 1939 permet-il d'assurer la protection de la santé publique ? — M. Belin (Note présentée par M. Gabriel Petit). — La consommation des coquillages a notablement augmenté dans les circonstances actuelles. La salubrité de ceux qui sont consommés crus est-elle convenablement assurée ?

Le décret de 1939 ne prévoit pas, comme celui du 21 décembre 1915, le retrait des autorisations d'exploitation concernant les établissements insalubres. Il admet même, contrairement au décret du 31 juillet 1923, l'épuration des coquillages élevés ou pêchés dans les régions insalubres. Or cette épuration faite par reparcage en eau pure n'a qu'une médiocre valeur, elle est irrégulièrement faite et mal surveillée. Des coquillages très dangereux, comme les moules de la région méditerranéenne, souvent consommés crues, sont ainsi vendus librement.

Seuls devraient être livrés à la consommation les fruits de mer provenant des régions salubres, les huîtres surtout. On ne saurait trop recommander au public, actuellement, de consommer après cuisson la plupart des coquillages.

Reproduction expérimentale d'un syndrome dû à la surcharge de l'organisme par le chlorure de sodium. — Mme Dobrovolskaïa et M. Monsikoff.

Séance du 16 juin 1942

Notice. — M. Lemaitre donne lecture d'une importante notice nécrologique consacrée au regretté professeur Moure (de Bordeaux).

Etude radio-physiologique du premier temps de la déglutition isolée. — MM. P. Huet et Nemours-Auguste (note présentée par M. Binet). — Les auteurs ont étudié le premier temps par des radiographies au 1/10e de seconde. Les résultats de leurs recherches ne concordent pas avec les opinions classiques sur le rôle de la langue, du voile du palais et du larynx.

La langue sert de glissière au bol.

Le voile du palais a deux mouvements propres, en arrière et en avant. Il n'obture pas les choanes. Il forme avec la langue le sphincter propulseur glosso-vélique.

La pointe de l'épiglotte se recourbe en arrière d'un mouvement actif, pour obturer le larynx au cours de l'ascension de celui-ci.

La base ferme le vestibule laryngé.

Les auteurs ont vérifié l'aspiration thoracique.

M. Lhermitte a observé, avec M. Nemours, au moyen de la méthode radioscopique les modifications de la contraction du voile dans la déglutition chez les malades atteints de paralysie pseudo-bulbaire et chez ceux qui présentent des myoclonies vélo-palatines. Celles-ci s'éteignent lorsque le voile se contracte.

Le syndrome hépatique du kala-azar. — M. d'Œlsnitz (de Nice), insiste sur la constance, dans cette affection, de désordres traduisant l'altération habituelle des fonctions hépatiques.

De cette cause dépendent :

Le météorisme, qui, plus que la splénomégalie conditionne le gros ventre du kala-azar ;

Les hémorragies des formes graves et le manque de résistance à l'agression des infections intercurrentes ;

Enfin l'existence précoce et continue de signes d'insuffisance hépatique.

Ces manifestations demandent à être recherchées.

Il semble que la souffrance du foie soit un fait habituel et capital de l'évolution des leishmanioses viscérales.

Le traitement d'attaque par les sels d'antimoine à doses fortes et prolongées met seul à l'abri des guérisons incertaines.

Pour éviter les accidents d'intolérance, il convient d'agir sous la protection d'une opothérapie hépatique insistante.

Election de deux associés nationaux. — Classement des candidats. En première ligne : MM. Oudard (de la Marine) et Policard (de Lyon).

En seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Burnet (de Tunis) ; Cadeac (de Lyon) ; Jadin (de Montpellier) ; Masson (de Strasbourg) et Nicolas (de Lyon).

M. Oudard est élu par 59 voix sur 72 votants. M. Policard par 63 voix sur 72 votants.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1942

Traitement des pseudarthroses du col du fémur par l'ostéotomie sous-trochantérienne haute. — M. R. Charry. M. P. Mathieu, rapporteur.

Désarticulation temporaire du pied et résection médio-tarsienne pour tuberculose chez l'adulte. Résultat éloigné. — M. Magnant. M. Leveuf, rapporteur.

Technique de l'enchevillement des fractures de l'extrémité supérieure du fémur par voie sous-trochantérienne. — M. Magnant. M. Leveuf, rapporteur.

Quelques remarques à propos de 200 observations d'hystérectomie pour fibrome avec conservation des trompes et des ovaires. — M. Desmarest défend vigoureusement la chirurgie conservatrice montrant que les ovaires laissés en place sont exceptionnellement le siège de dégénérescence kystique. Il apporte des preuves cliniques et biologiques de la valeur des ovaires laissés en place.

MM. Ferey et Bergeret se rangent à l'opinion de M. Desmarest.

M. Brocq estime qu'il est intéressant de faire cette chirurgie conservatrice même chez les femmes au voisinage de la ménopause.

A propos du traitement des pieds ballants de paralysie infantile. — M. Boppe utilise la propriété de freinage que possède l'astragale quand il est placé en équinisme ; la correction de cet équinisme est effectuée dans la sous-astragalienne et la médiotarsienne.

Les fièvres post-opératoires. Conclusions. — M. Jean Gosset discute le rôle thérapeutique des infiltrations du sympathique ; des déséquilibres endocriniens dans la genèse des fièvres post-opératoires. Mais la cause exacte de ces fièvres nous échappe ; les effets de la résorption sanguine restent obscurs ; le centre thermo-régulateur est mal connu et surtout ne paraît pas avoir une localisation unique.

Séance du 27 mai 1942

Volvulus complexe du côlon pelvien. — M. P. Guibé, M. Lenormant, rapporteur.

A propos du choc traumatique pur. — M. Lambret insiste sur l'utilisation de la morphine intraveineuse faite immédiatement ; dans le traitement ultérieur la cortine associée au sérum hypertonique et au sérum glucosé.

Traitement des arthrites suppurées par les sulfamides. — MM. Patoir et Dhalluin. — Rapport de M. Sicard sur cinq observations et commente les résultats variables obtenus par les différents auteurs. Il faut que la concentration locale du sulfamide soit élevée et il est souvent indispensable d'associer à ce traitement une arthrotomie à minima.

M. Mondor estime qu'il faut mettre à part les arthrites gonococciques qui sont moins virulentes que les autres et dans lesquelles l'arthrotomie suivie de fermeture immédiate.

MM. Leveuf et Sorrel estiment que si l'évolution locale n'est pas immédiatement favorable il faut recourir au traitement classique arthrotomie et immobilisation plâtrée.

A propos d'un cas de péricardectomie pour péricardite calcifiante. Remarques et résultat six mois après l'intervention. — MM. C. Lian, Welti et Facquet rapportent cette observation dans laquelle l'amélioration très considérable ne se fit qu'au bout de trois mois. Les auteurs discutent l'indication opératoire et sont résolument interventionnistes ; l'intervention est indiquée dans les cas avec œdème à fortiori avec ascite. Elle est à discuter en cas d'hépatomégalie sans œdème.

M. Patel fait remarquer que la mortalité de cette intervention a baissé le jour où l'on s'est contenté de faire une libération du péricarde en avant des ventricules.

M. Bergeret a fait trois péricardectomies avec succès ; les deux premiers revus à distance ont été considérablement améliorés, mais il existait des altérations profondes du myocarde qui ne permettent pas d'escompter une guérison complète.

Séance du 3 juin 1942

Eventration diaphragmatique gauche. Estomac en cornue avec blocage de la poche cardiaque. Gastro-gastrostomie en fer à cheval. Guérison — M. Razemon. — M. Ameline, rapporteur.

Sur deux observations de dilatation aiguë primitive de l'estomac. — M. Loheac. — M. Huet, rapporteur.

A propos de la dilatation aiguë spontanée de l'estomac. Trois observations — MM. A. Mouchet, Jardel et Rochlin montrent l'effroyable gravité de cette affection dont il faut séparer certains états paralytiques de l'estomac qui se guérissent spontanément. Au point de vue traitement, tubage avec lavage de l'estomac, décubitus genu-pectoral, réhydratation. M. Mouchet se demande si la jéjunostomie ne serait pas indiquée pour réalimenter le malade.

Dilatation aiguë spontanée de l'estomac. A propos de cinq observations. — M. Hepp insiste sur l'état de dénutrition et d'amaigrissement des malades chez lesquels fut observé cet accident. Dans un cas il s'agissait d'une dilatation subaiguë incomplète. L'image radiographique permet en général de faire le diagnostic. M. Hepp discute la pathogénie de la dilatation aiguë ; on a cherché à mettre en évidence l'atonie gastrique par des sections expérimentales des pédicules nerveux. Le rôle du terrain paraît important ; cause anatomique, sujet sympathicotonique.

M. Mondor estime que la position genu-pectorale guérit la plupart des cas de dilatation aiguë. Le rôle mécanique de la pince mésentérique lui paraît certain.

M. Heitz-Boyer a eu 4 cas de dilatation aiguë post-opératoire guérie par la position de Schniltzer.

M. Leriche rappelle les deux tests de l'infiltration splanchnique réussie : la baisse de la tension artérielle et les contractions actives d'un estomac immobile. La position genu-pectorale ne lui a pas donné de bons résultats.

M. Cadenat a eu un échec complet de toutes les méthodes thérapeutiques proposées.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai 1942

Etat des tissus dans le diabète insipide. — MM. Raoul Kourilsky, Jacques Sicard et J. Galley ont pu contrôler, sur une malade opérée d'un kyste du cerveau et guérie, l'état des tissus avant, pendant et après l'opération. Avant l'opération ils ont constaté, au début du diabète insipide, une rétention d'eau qui cessa après l'opération, et ils concluent que les troubles tissulaires variables (rétention ou déshydratation) notés dans cette maladie, sont contingents et que la cause du diabète insipide résulte d'une perturbation de l'appareil hypothalanohypophysaire déréglant le centre de la soif.

Cinquante cas de sciatiques rebelles soumis à l'épreuve du lipiodol. — MM. R. Ledoux-Lebard, S. Nemours-Auguste et S. de Sèze. — Cinquante sujets atteints de sciatique grave ont été soumis à l'épreuve du lipiodol : dans vingt-quatre cas guéris par intervention, la hernie discale a été extirpée. Ces résultats prouvent la fréquence de cette hernie comme cause de sciatique rebelle, et la valeur des signes radiologiques fournis par l'épreuve du lipiodol, laquelle doit être réservée aux sciatiques rebelles.

M. Coste considère l'épreuve du lipiodol comme indispensable pour établir le diagnostic de sciatique discale, mais elle doit rester entre les mains des neuro-chirurgiens.

Coma hypoglycémique au cours d'un myxœdème. — MM. Duvoir, G. Poumeau-Delille, Deprez et Mlle Lindeux rapportent une observation de coma hypoglycémique survenu à la suite de restrictions alimentaires que la malade s'était imposé durant quelques jours. Le myxœdème semble avoir aggravé les troubles d'assimilation des hydrates de carbone. Les auteurs discutent le mécanisme de l'hypoglycémie.

Implantation de cortine de synthèse chez un addisonien. — M. Loeper présente la malade qui, à part la pigmentation, a été débarrassée de tous ses symptômes.

Contre le charlatanisme publicitaire. — M. Raoul Blondel expose les données principales du mémoire auquel la Société Médicale des Hôpitaux vient de décerner le Prix Le Gendre, objet d'un concours dont le thème était : *De la publicité outrancière contemporaine et de son influence sur la médecine et sur le discrédit de la profession médicale.*

L'auteur émet le vœu que l'exemple donné par maints gouvernements étrangers soit mis à profit, et que la chasse au charlatanisme, s'exerçant aujourd'hui sans pudeur par la voie de la presse, soit poursuivie sans relâche. Il demande qu'un contrôle sérieux soit exercé par les services de la Santé publique sur le texte des annonces de remèdes livrés au public sans ordonnances, comme on est parvenu à l'obtenir quant à la propagande anticonceptionnelle. Il propose enfin la suppression du prospectus accompagnant la drogue et dont les plaidoyers, qu'il qualifie de « pharmacodynamie dirigée », ne servent qu'à faire éclore des vocations d'amateurs de médecine et de guérisseurs.

Séance du 15 mai 1942

Application de l'épreuve de l'eau à l'étude de la polyurie du diabète insipide. Epreuve mixte. Epreuves de l'eau et de la soif associées. — M. Julien Marie. — Etude sur deux enfants atteints de diabète insipide de l'épreuve mixte qui n'est qu'une adaptation de la polyurie expérimentale. Cette épreuve permet de montrer que la polyurie peut se prolonger sans ingestion de liquide et qu'elle est le symptôme certain du diabète insipide vrai. Elle permettrait de distinguer la potomanie des simulateurs et des psychopathes et les potomanies organiques.

Action du Neptal dans le diabète insipide. — M. Julien Marie. — L'injection d'un diurétique mercuriel chez deux enfants atteints de diabète insipide démontre que l'action oligurique du Neptal ne se produit que si le diabétique est au régime chloruré. Mais la réduction de la diurèse est presque nulle. La polyurie après Neptal ne descend pas au-dessous de la polyurie de base.

Pathogénie du diabète insipide. — M. Julien Marie. — Pour l'auteur, l'affection est la conséquence d'un trouble de la perméabilité des membranes des cellules chargées de la résorption de l'eau ; mais la perméabilité pour Na Cl est conservée.

Ulcère géant de la face postérieure de l'estomac. — MM. Hillemand, Cherigié et Audoly. — Présentation des radiographies d'une malade atteint d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac. Il avait la forme d'une tache opaque à contours irréguliers. Les auteurs insistent sur la nécessité de recourir à des techniques radiologiques spéciales (décubitus dorsal) et sur la méthode clinico-gastrescope radiologique.

Etude de la filtration glomérulaire dans le diabète insipide par l'épreuve de Rehberg. — MM. Julien Marie et Seringe. — Etude de la filtration glomérulaire chez quatre diabétiques insipides par l'épreuve de Rehberg. Cette épreuve permet de mesurer le volume du filtrat et de démontrer que le volume glomérulaire n'est pas augmenté.

Séance du 22 mai 1942

Un cas de carotinémie simulant un ictère par rétention avec abaissement du métabolisme basal. — MM. Pasteur Vallery-Radot et J. Serane.

Leptospirose ictéro-hémorragique à début convulsif et comateux. — MM. Michon et Herbeuval.

Vitesse de circulation dans l'insuffisance ventriculaire droite autonome. — MM. Lian et Facquet. — Etude de la mesure combinée de la vitesse de circulation par deux méthodes : A) Méthode rapide avec dycholium (tempes, bras, langue) ; B) méthode avec fluorescéine (tempes, bras droit, bras gauche). Cette méthode combinée permettrait le diagnostic de l'insuffisance ventriculaire droite autonome. Les résultats prouvent que dans les insuffisances ventriculaires, le retentissement sur la circulation vasculaire se fait surtout sentir en amont du ventricule insuffisant.

Troubles graves de la ventilation pulmonaire chez un enfant de 6 ans. Tuberculose initiale de la bronche. — MM. Lamy, Soulas, Mlles Jammet et Wolfrom.

Azotémie avec acidose au cours d'un traitement sulfamidé pour méningite cérébro-spinale. — MM. Marquézy et Vernemouze. — Enfant de 5 ans, atteint de méningite purulente à forme comateuse. Traitement par la sulfamidothérapie. Amélioration en trois jours, puis apparition d'un syndrome d'azotémie. Mort en 48 heures dans le coma azotémique. L'enfant présentait en outre une gale infectée avec albumine.

Action curative de l'irradiation de la région pylorique dans un cas de polyglobulie. — MM. G. Guillain, P. Mathieu et J. Lereboullet. — Observation d'une malade atteinte de maladie de Vaquez typique chez qui la radiothérapie localisée à la région pylorique fit tomber en quelques semaines le chiffre des globules rouges de 10.000.000 à 4.500.000.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 25 avril 1942

Association entre ultravirus : herpès et rage des rues. — M. C. Levaditi a vu, dans cette association, le virus rabique disparaître, le virus herpétique supprimant l'intégrité anatomique des neurones indispensables à la genèse des corps de Negri ; cette disparition semble en conformité avec la conception actuelle de la nature macromoléculaire des ultravirus.

Sur la production, au moyen d'un nouveau milieu à base de digestion papaïnique de viande de cheval, de la staphylotoxine destinée à la production de l'anatoxine staphylococcique. — MM. G. Ramon, P. Mercier, J. Pochon et Mlle Germaine Amoureux signalent que ce nouveau milieu, adapté aux circonstances actuelles, convient particulièrement bien pour la production de la toxine staphylococcique.

Sur une nouvelle formule chimiothérapique des maladies à germes acido-résistants. — M. Buu-Hoï associe un groupe « stérilisant » (acide cinnamique) à un agent « haptophore » (éthers saturés chaulmoogriques).

Prémunition antitubrculeuse et carence en vitamine C. — M. J. Bretey étudie l'action de cette carence sur l'immunité du cobaye vis-à-vis de l'infection tuberculeuse.

De la non spécificité des seconds ferments anaphylactiques. — MM. F. Maignon et P. Eimer ont constaté que leurs seconds ferments, obtenus avec l'ovalbumine, protègent les cobayes sensibilisés contre l'injection déchaînante de sérum de cheval.

Nouvelles recherches sur le retentissement périphérique des actions pharmacologiques localisées au cortex cérébral. — M. et Mme A. Chauchard et M. Paul Chauchard montrent que le retentissement sur le neurone moteur périphérique d'une inhibition corticale localisée disparaît si le cerveau devient inexcitable.

Action de la désoxycorticostérone et de la testostérone sur les vésicules séminales des souris castrées. — MM. F. Caridroit et L. Arvy.

Election. — M. Lavier est élu membre titulaire.

Suite de la Répartition des Services hospitaliers

(n° 23 du 6 juin 1942)

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE ET ASSISTANTS (OPHTALMOLOGISTES, OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES, ÉLECTRO-RADIOLOGISTES, STOMATOLOGISTES)
2° CHEFS DE CLINIQUE ; 3° INTERNES ; 4° EXTERNES EN PREMIER

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement publié dans le précédent numéro. Le chiffre correspond au service*
Exemple : M. Milliez, Am-1 = Piccini. Service de M. de Gennes

MEDECINS

et assistants

Abrami, J-4 et J5.
Alajouanine, Y-2, Y-3 et Y-7.
Albot, A-9.
Ameuille, F-2, F-3 et F-4.
Antonelli, F-1.
Aubin, Ab-1.
Azerad, A-3.
Bariéty, A-5.
Bénard (H.), A-3.
Bénard (R.), H-5.
Bernard (Etienne), G-7.
Bertrand - Fontaine (Mme), W-1 et W-3.
Binet, D-3.
Bith, J-1.
Blanchier (Mlle), M-5.
Boltanski, C-15.
Bompard, G-3.
Boudin, Y-1 et Y4 (f. fonct. chef de service).
Boulanger, A-5.
Boulin, C-7.
Bourgeois, Ac-2.
Bousser, I-1.
Boyer (J.), N-7.
Bréhier (assis. f. f.), V-3.
Brodin, Ab-1 et Ab-3.
Brulé, G-2.
Brun du Bois Noir (de), H-12.
Brunel, M-1.
Busson, K-7.
Cachera, Ae-1 et Af-1.
Cachin, C-2.
Carrié, G-8.
Cathala, T-1 et T-2.
Célice, S-2.
Chabrol, C-2.
Chabrun, Z-2.
Chassagne, An-3.
Chevalley, E-3 et E-4.
Chevallier, J-7.
Chiray, I-3.
Christophe, Z-3.
Cleisz, B-2.
Clement, T-7.
Clément - Launay, I-16.
Coste, F-6.
Debray (Mlle), C-9.
Debray (Ch.), I-3.
Debré, E-1 et E-2.
Decourt, M-2.
Degos, N-7 et N-8.
Delay, J-6.
Delon (Mlle), T-7.
Deprez, G-6.
Derot, O-3.
Domart, C-9.
Donzelot, J-1 et J-2.
Duperrat, N-1.
Durand (H.), D-2.
Duvoir, N-3.
Eck, E-9.
Escalier, G-16.
Facquet, G-1.
Faroy, I-5.
Faure-Beaulieu, Z-3.
Ferroir, M-2.
Fiessinger, A-1.
Flandin, N-6.
Florand, E-5.
Flouquet, U-2.
Fouquet, U-5.
Garcin, An-3.
Gatellier, Ab-2.
Gaucher, H-12.
Gaultier, A-1.
Gautherin (Mlle),
Gautheron (Mlle), U-1.
Gautier, G-5.
Gennes (de), Am-1.
Gilbrin, Z-5.
Gougerot (H.), N-1.
Grenet (H. C.), U-1.
Grenet (P.), G-5.
Guérin, I-2.
Guillain, Z-1.
Guilly, G-16.
Guy-Laroche, G-3.
Haguenau, G-9.
Halbron, A-2.
Hamburger, An-4.
Hanaut, A-5.
Harvier, F-1.
Heuyer, E-7.
Hillemand, N-17.
Huber, E-5.
Huguet (Mlle), I-12.
Hurez, E-7.
Jacob, C-5 et C-5.
Jacquelin, D-4.
Jacquet, C-4.
Jacquet, C-4.
Jammet (Mlle), E-15.
Janet, V-1.
Joly, An-2.
Jourdan - Gagneur (Mme), An-5.
Joussemet (Mme), G-4.
Justin-Besançon, J-3 et J-11.
Kourilsky, Ai-2.
Kudelsky, Ad-1.
Ladet (Mlle), S-2.
Laffitte, A-4.
Laederich, D-1.
Lafaille, E-8.
Laignel - Lavastine, Aj-1.
Lambling, D-7.
Lamy, E-15 et E-6.
Laplane, T-3.
Laporte, S-1.
Layani, I-12.
Le Beau, B-1.
Léchelle, H-6.
Lelong (M.), X-1.
Lemaire, Z-5.
Lemierre, S-1.
Lemoine, F-2.
Lenègre, An-5.
Lenormant (J.), A-2.
Lerond, Ac-3.
Lesueur (Mme), Ac-3.
Levesque, Z-2.
Levy-Valensi, Z-4.
Lian, G-1.
Liège, U-5.
Lœper, C-1.
Logeais (Mme), G-4.
Mahoudeau, Am-1.
Mallet, V-4.
Marchal, G-6.
Marie (Julien), V-4, An-1.
Marquézy, T-3 et T-4.
Mauric, I-4.
May, G-4.
Merklen, An-6.
Michaux, Ag-1.
Milhit, U-2.
Mocquot, O-1 et O-2.
Mollaret, Z1, Z-6 et Z-12.
Monier-Vinard, M-1.
Monod (R.-Ch.), O-1.
Morancé, Ak-1.
Moreau, Y-1, Y-8 et Y-13.
Morin, Aa-1.
Moussoir, K-3.
Netter, G-9.
Nicaud, A-4.
Nouvion, Ao-1.
Oberlin, Al-1.
Odier-Dollfus (Mme), V-1.
Ollivier, G-4.
Patey (G.), T-1.
Parrot, K-3.
Paraf, I-2.
Pécher, K-1.
Péron, M-3.
Perrault, Aa-1, Aa-2 et Aa-5.
Pollet, F-10.
Poumailloux, H-5.
Poumeau - Delille, N-3.
Pruvost, H-7 et H-8.
Rachet, K-7.
Rambert, C-7.
Ramond (Louis), H-4.
Ravina, K-1, K-2.
Renaud, Ac-1.
Rendu (Ch.), C-15.
Richet, D-2.
Rivet, I-1.
Roudinesco (Mme), Ac-3.
Rouquès, Ai-1.
Rubens-Duval, J-11.
Rudler, Ah-1.
Sézary, N-2.
Soulié, An-2.
Stévenin, N-21.
Thévenard, H-6.
Thiébaut, B-1.
Thiery, D-1.
Thoyer, H-7.
Thurel, Y-2.
Tinel, K-3.
Tisserand (Mlle), V-2.
Tixier, E-9.
Touraine, N-4.
Troisier, H-1 et H-2.
Turpin, V-2.
Vallery-Radot (Pasteur), I-4.
Vial, N-1.
Vialard, H-4.
Vibert, I-2.
Vincent (Clovis), B-1.
Weill (J.), F-10.
Weil (M.-P.), C-3.
Weissenbach, N-5.

CHIRURGIENS

et assistants

Allard, Ak-2.
Ameline, Aa-3.
Arviset, N-22.
Aubrun, Z-8.
Aurousseau, G-10.
Banzet, N-9.
Barbé, Z-8.
Basset, J-8.
Baudelot, N-18.
Bazy, N-10.
Benassy, N-11.
Berger (Jean), D-5.
Bergeret, C-11.
Bernard (R.), J-8.
Billet, Ab-2.
Bloch (René), X-2.
Blondin (Sylvain), N-10.
Boisseau, X-2.
Boppe, U-3.
Boudreaux, E-12.
Bréchot, C-16.
Brétégnier, M-4 et N-6.
Brisset, N-22.
Brocq, L-1.
Calvet, E-10.
Cadenat, C-10.
Cauchois, J-9.
Chevallier, N-9.
Chevrier, I-13.
Coldefy, J-12.
Cordier, O-1.
Couvelaire, F-8.
Delahaye, Ai-3.
Delinotte, N-12.
Delinotte, N-12.
Deniker, G-17.
Denoix, N-10.
Desplas, N-9.
Doumic (Mlle), O-2.
Dufour, D-6.
Fayot, D-8.
Fèvre, N-22.
Fey, F-8.
Funck - Brentano, Z-7.
Garnier (Ch.), N-22.
Garnier, U-3.
Gatellier, Ab-2.
Gaudart d'Allaines (de), I-6.
Gérard - Marchant, H-9, H-13.
Gibert, Aa-3.
Giret, Ak-2.
Girode, H-9, H-13.
Gosset, Z-7, Z-9, Z-10, Z-11.
Gosset (Jean), Z-7.
Gout, C-16.
Gouverneur, D-6.
Gueulette, L-1.
Guichard, T-5.
Guillaume, Z-11.
Guimbellot, K-4 et K-8.
Hepp, C-11.
Houdard, G-10.
Huet, E-12.
Jaupitre, D-6.
Laporte, N-12.
Lecœur, H-10.
Lenormant, F-7, et F-11.
Leveuf, E-10 et E-11.
Lyonnet, C-10.
Maurer, G-11.
Meillère, H-9.
Ménégaux, F-7 et F-11.
Merle d'Aubigné, J-12.
Mathieu, F-9.
Messimy, Z-11.
Mialaret, D-5.
Michon, N-12 et N-13.
Mocquot, O-1, O-2.
Mondor, A-6, A-10, A-14.
Monod (R.-Ch.), N-11.
Monod (Rob.), H-10.
Mouchet, Y-5.
Moulonguet, G-12 et G-20.
Niel, N-22.
Oberlin, Al-1.
Orsoni, Y-5.
Padovani, F-9.
Patel, I-6.
Pérard, D-6.
Petit (P.), E-10.
Petit-Dutaillis, Z-7.
Picard (Mlle), Ai-3.
Picot, N-18.
Quénu, J-9.
Ribadeau - Dumas, Z-11.
Richard, Ai-3.
Rouhier, D-8.
Rouvillois, Al-1.
Roux, I-8.
Sabourin, N-22.
Sarrodin, N-9.
Sauvage, G-11.
Sauvé, M-4.
Seillé, K-4 et K-8.
Senèque, I-8.
Sicard (A.), A-6.
Sorrel, T-5.
Soupault, W-2 et W-4.
Thalheimer (M.), M-4.
Tissot, N-12.
Toupet, Y-5 et Y-6.
Varay, C-1.
Verne, G-12.
Viala, G-17.
Vuillième, N-11.
Walther, I-13.
Welti, A-6.
Wilmoth, F-7.

ACCOUCHEURS

et assistants

Bidoire, A-7.
Chirié, A-7.
Couinaud, U-4.
Couvelaire, F-8.
Digonnet, G-13.
Desnoyers, I-9.
Dollfus, T-8.
Ecalle, K-5.
Jamain, P-1.
Lacomme, P-1.
Lantuéjoul, U-4.
Lepage, Q-1.
Levy-Solal, C-12.
Liénard, N-14.
Marchal, I-9.
Portes, R-1.
Ravina, N-14.
Séguy, N-14.
Suzor, K-5.
Vignes, X-3.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants

Bollack, G-15.
Bouchand, N-16.
Bourdier, H-14.
Deschamps, E-14.
Dollfus, T-8.
Dubois, H-14.
Dumont (P.), I-11.
Dupuy - Dutemps (P.), I-11.
Favory, C-14.
Hoechstetter (Mlle), C-14.
James, C-14.
Joseph, A-8.
Jourdy, E-14.
Masson, N-16.
Monbrun, E-14.
Odie (Mlle), C-14.
Parfonry, N-16.
Perol (Mme), T-8.
Petavy, E-14.
Prélat, I-11.
Prudhommeaux, A-8.
Renard, F-12.
Tran-Ba-Huy, F-12.
Valroff (Mlle), H-14.
Veil (P.), H-14.
Velter, A-8.
Voisin, Ab-4, Ai-4, V-7 et G-15.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

et assistants

Aubin, Am-2.
Aubry, Y-12.
Baldenweck, H-11.
Bérard, C-13.
Bory, H-11.
Bouchet, N-15.
Bourdial, N-15.
Bourgeois (R.), V-5.
Butzbach, C-13.
Chaillouet, Aa-7 et Am-2.
Chatellier, J-10.
Chevalier, I-10.
Couturier, E-13.
Daudier, U-6.
Delormeau, E-13.
Devaux, E-13.
Dreyfus, Ai-5 et C-13.
Du Buit, K-6.

AGOCHOLINE

DU Dr ZIZINE

STIMULANT HÉPATIQUE & BILIAIRE

GRANULÉ

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp - PARIS (12e)

FERMENTS LACTIQUES

BULGARINE THÉPÉNIER

Bouillon, Comprimés, Gouttes

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)

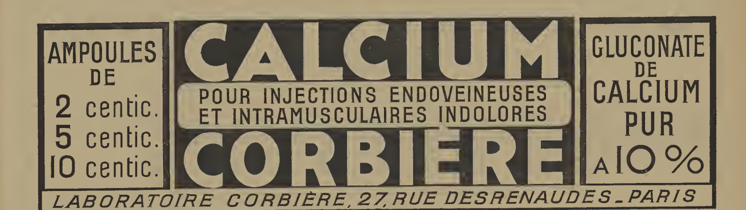
DIASTASES ET VITAMINES DE CROISSANCE

AMYLODIASTASE THÉPÉNIER

Comprimés et Sirop

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)





Fayet, G-14.
Fouquet, N-15.
Franck, V-5.
Giraud (N.), C-13.
Giraud (J.-C.), K-6.
Granet Ac-4 et Ao-1.
Halphen, C-13.
Hamelin, T-6.
Hautant, G-14.
Jullich, U-6.
Labayle, H-11.
Lallemant, U-6.
Lapiné, H-11.
Lefebvre, T-6.
Lemaître, Am-2.
Lemariey, T-6.
Le Mée, E-13.
Leroux, I-10.
Leroux-Robert, S-3.
Loiseau (Guy), I-10.
Magnien, J-10.
Maillard, T-6.
Maspétiol, G-14.
Mathieu, C-13.
Mazarakis (Mlle), E-13.
Miégeville, L-4.
Moulin, Am-2.
Moulonguet, K-6.
Moussette, F-14.
Ombrédanne, G-14.
Piguet, N-15.
Pouquet, J-10.
Ramadier, F-14.
Rémy-Néris, An-8.
Richier, E-13.
Rouget, T-6.
Sauvain, Y-12.
Schauwing (Mlle), I-10
Soulas, H-11.
Tran - Huu - Tuoc, E-13.

ELECTRO-RADIOLOGISTES

et assistants

Aimé, X-5.
Beau, V-6.
Bernard, E-16.
Blanche, K-10.
Bouchard, G-19.
Bret, Q-1.
Brunet, J.-14.
Buhler, N-20.
Cassan, Y-11.
Chenilleau, K-10.
Chérigié, C-18.
Chuche, J-14.
Coen, Q-1.
Coliez, D-10.
Cottenot, N-20.
Dariaux, F-15.
Damond, T-9.
Detré, M-7.
Delapchier, O-4 et An-7.
Desgrez, F-15, Ab-5.
Devois, H-16.
Dubois, F-15.
Duchamp, N-20.
Falcoz, C-18.
Foubert, I-15.
Gally, L-3.
Gérard, C-18.
Gibert, A-14.
Gilles (Mme), W-5.
Gillet, R-1.
Gilson, D-9.
Godefroy, G-19.
Gorce, R-1.
Goubert, Ai-7.
Guilbert, H-16.
Hélie, H-16.
Joly, K-10.
Jouveau - Dubreuil, H-16.
Juquelier, A-14.
Lagarenne, A-12.
Lapipe, L-3.
Le Canuet, I-15.
Le Dinh-Thi, C-18.
Lefebvre (J.), H-16.
Lepennetier, G-19.
Lomon, E-16.
Mainguy, X-5.
Marchand, Aa-8.
Mignon, E-16.
Mion, H-16.
Monmignaut, N-20.
Nadal, N-20 et Z-10.
Ordioni, C-18.
Penteuil, N-20.
Petit, Q-2.
Piot, U-8.
Porcher, W-5.
Prevost, I-15.
Puyaubert, N-20.
Quivy, C-18.
Salaun, N-20.
Seguin, R-1.
Simon, G-19.
Surmont, Am-3.
Thibonneau, T-9.
Thoyer-Rozat, J-14.
Truchot, Y-11.
Vincent, U-8.
Wattez, F-15.
Wessebecher (Mme), I-15.

HYDROTHERAPIE THERMOTHERAPIE

Duhem, A-13.
Moro, A-13.

STOMATOLOGISTES

adjoints et assistants

Bornet, Z-13.
Cauhepé, X-4.
Cernéa, N-19.
Cernéa (Mme), N-19.
Chaput (Mme), G-18.
Chaput, Ai-6.
Chuffart, Z-13.
Crocquefer, J-13.
Darcissac, H-15.
Dechaume, X-4.
Duba, Z-13.
Fieux, C-17.
Fleury, I-17.
Friez, A-11 et I-14.
Fromaigeat, H-15.
Fruton (Mlle), Ac-5.
Gencel, T-9.
Géré, A-11.
Hénault, L-2.
Hénaut, M-8.
Hennion, C-17.
Houzeau, Y-9.
Huchard, Ac-5.
Izard, U-7.
Lacaisse, Z-13.
Lacronique, G-18.
Lattès, F-13.
Lebourg, T-9.
Maleplate, H-15.
Malingre, G-18.
Marie, Ac-5.
Mercat, X-4.
Mesnard, Aa-6 et F-13.
Omnès, V-6.
Papillon - Léage (Mme), K-9.
Raison, A-11.
Richard, N-19.
Thibaut, C-17.
Vrasse, F-13.

CHEFS DE LABORATOIRE

Moniteurs et Préparateurs

Albot (moniteur), Q-1.
Azoulay, H-1.
Barbier, J-1.
Bariéty, H-1.
Berdet, B-1.
Bertrand, Z-1.
Bolivar, Z-7 (à titre étranger).
Bouvet, Aj-1.
Bulliard, Al-1.
Busser, F-8.
Cachera, J-1.
Chêne, L-1.
Chez Leprêtre (de) (Mlle), J-4.
Coquain (Mme), A-1.
Cottet, C-1.
David, C-1.
Dechaume (moniteur), N-1.
Delaunay (Mme), Z-7.
Derain (Mme), Q-1.
Derot, F-1.
Desgrez, N-1.
Desnoyers, Q-1.
Detrois, X-1.
Dognon, A-1.
Duchon, C-1.
Duhem, A-1.
Dumontet, A-1.
Dupouy, L-1.
Estève, Aj-1.
Ferrier, F-8.
Feyel, A-6.
Gallot, Aj-1.
Girard, E-16.
Glomaud, A-1.
Goiffon, L-1.
Grollet (moniteur), N-1.
Guérin, A-6.
Kohler (Mlle), H-1.
Labignette, K-5.
Lebert (Mlle), F-8.
Le Bihan (Mlle), F-1.
Lereboullet, Z-1.
Lesure, C-1.
Mangeot, H-1.
Marceron (moniteur), N-1.
Marette, Aj-1.
Mathieu, Z-1.
Moricard, O-1.
Moutier, J-1.
Nicolas, C-12.
Offret, A-8.
Palmer, O-1.
Parchemincy, Aj-1.
Perrot, F-7.
Peyre, N-1.
Prétet, Ae-1.
Reilly, S-1.
Remond (Mme), E-10.
Rossier (Mme), X-1.
Rouche, Z-7.
Saint-Girons, E-10.
Sikorav, J-1.
Strohl (délégué), F-9.
Thiébaut, F-9.
Traverse (de), F-1.
Varangot, R-1.
Varay, C-1.
Vidart, Aj-1.

CHEFS DE CLINIQUE

et adjoints

Auzépy, Z-1.
Barcat, E-10.
Barret (Mlle), Aj-1.
Basset, N-1.
Billard, Z-7.
Bour, H-1.
Bouteau, F-8.
Bouvens van den Boyen, N-1.
Bret, Q-1.
Breton, C-1.
Champeau, A-6.
Charousset, T-1.
Chassagne, C-1.
Chevallier, J-1.
Claisse, F-1.
Cler, T-1.
Cochemé, X-1.
Coldefy, O-1.
Delort, X-1.
Desvignes, A-8.
Domart, S-1.
Duperrat, N-1.
Dupuy, A-1.
Duval, J-1.
Faugeron, E-10.
Fauvet, A-1.
Gandy, C-10.
Gaume, Z-7.
Geffroy, J-4.
Gerbeaux, E-1.
Gorse, R-1.
Gout, C-10.
Gras, A-1.
Grossiord, Z-1.
Guillemin, J-1.
Guly, R-1.
Hautefeuille, délégué, H-1.
Herrenschmidt, H-1.
Huguier, A-6.
Jamain, Q-1.
Judet, F-9.
Kipfer, B-1.
Lamotte - Barillon (Mme), J-4.
Lance (P.), F-9.
Lataix, Z-7.
Laurence, A-6.
Ledoux-Lebard, A-1.
Léger, A-6.
Leroy, O-1.
L'Hirondel, T-1.
Logeais, F-7.
Lortat-Jacob, Z-7.
Lotte (Mlle), S-1.
Mallarmé, C-1.
Mande, C-1.
Maurice, Aj-1.
Menauteau, Aj-1.
Mignot, Aj-1.
Monsaingeon, C-10.
Morin, C-12.
Nardi, A-6.
Neveu, Aj-1.
Neynaud, F-1.
Neyraud, L-1.
Oemichen (Mme), F-1.
Olivier, A-6.
Ortholan, H-1.
Paillas, J-4.
Palmer, Q-1.
Pécher, Z-1.
Pertus, F-8.
Picard, O-1.
Poilleux, F-9.
Robey, R-1.
Rogé, Z-1.
Rossier, T-1.
Rossier, X-1.
Salvanet, F-7.
Seringe, Ae-1.
Siguier, C-1.
Tiffeneau, A-1.
Thomeret, F-7.
Vial, N-1.
Walther, T-1.

INTERNES

Adam, A-6.
Aga (ext. f. fonct.), Ak-1.
Aharfi, N-12.
Albahary, Am-1.
Alhomme, G-1.
Alison, C-9.
Alloiteau (E. P. f. fonct.), Y-4.
Ancelin, Ab-1.
André, N-15.
Ardouin, I-11.
Audoly, H-7.
Audry, S-1.
Aupinel, G-10.
Auquier, N-21.
Auregan, M-9.
Aurenche, I-10.
Bach, T-4.
Bareau, Z-2.
Barré, G-3.
Barrier (ext. f. fonct.), Ac-2.
Basset, K-3.
Bastin, I-5.
Bauchart, J-9.
Baud (ext. f. fonct.), Ak-2.
Baudon, C-12.
Beaufils, I-6.
Bergeron, F-4.
Berthet, N-17.
Berthon, Aa-3.
Bertier, X-1.
Bessière, I-7.
Blanc (G.), C-1.
Blancard, H-4.
Blancard, A-8.
Blanchon, N-2.
Bolo, F-8.
Boreau, X-2.
Bouche, K-6.
Boudon, C-14.
Bourdin, Z-1.
Bourlière, V-2.
Bournisien, U-2.
Brandon (ext. f. fonct.), Ac-3.
Brault, M-2.
Brenier, N-9.
Bricaire, G-5.
Brille (E. P. f. fonct.), Ai-1.
Butet, Ah-1.
Cachin (Y.), C-13.
Caldier (E. P. f. f.), Z-5.
Callerot, An-1.
Calloch de Kérillis (ext. f. f.), Ai-2.
Campagne, C-11.
Camus, S-2.
Canivet (E. P. f. f.), G-7.
Caplier, I-3.
Capron, E-4.
Carlotti, D-4.
Casalta (ext. f. f.), Ac-1.
Castaigne, Y-2.
Caufment, N-11.
Chadoutaud (E. P. f. fonct.).
Chalochet, F-8.
Champagne, D-6.
Chapelet (E. P. f. fonct.), Y-5.
Chardin (E. P. f. fonct.), X-2.
Chateau, H-7.
Chatelin, E-12.
Chevalier, J-4.
Choubrac, I-3.
Ciaudo, G-10.
Claracq, J-9.
Cœuillez (ext. f. f.), Ac-1.
Combet (E. P. f. f.), N-20.
Compagnon, N-10.
Cornet, T-7.
Corre (Mlle) S-1.
Courchet, N-7.
Courjaret, H-1.
Courtenay - Mayers, N-1.
Courtin (ext. f. f.), Ai-2.

SPASMOSÉDINE

SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE
CARDIO-VASCULAIRE

LABORATOIRES DEGLAUDE, 15, boulevard Pasteur - PARIS-XVe

OPTALIDON

LE SÉDATIF DE CHOIX DE LA DOULEUR
2 A 6 DRAGÉES PAR JOUR

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (17e) - B. Joyeux, Docteur en Pharmacie

Coury, A-5.
Cousin (Mlle) (E. P. f. fonct.), I-1.
Cousin (E. P. f. f.), Ai-1.
Crépin, D-5.
Cuvéreaux, U-2.
Damet, C-4.
Danel, E-9.
Darricau, D-5.
Darris, Ad-1.
Dauphin (Mme), E-7.
Dausset, N-21.
Davy, J-4.
Debain, G-14.
Debost, E-10.
Debusschère, E-10.
Deguillaume, M-9.
Delatour, M-4.
Delouche, I-7.
Demassieux, Y-8.
Denisart (E. P. f. fonct.), Z-4.
Denizet, Al-1.
Desfosses, G-12.
Deslandes, C-8.
Deuil, N-1.
Devimeux, H-10.
Doumic (Mlle), O-2.
Dubel, G-11.
Dubois (J.) (E. P. f. fonct.), N-6.
Dubost, F-8.
Ducournau, I-1.
Dufourmentel, A-6.
Duhamel (Gérard), D-2.
Duhamel (Georges), N-22.
Dupont (V.), Z-6.
Durand, J-11.
Durupt, N-3.
Ebstein, F-14.
Edelmann, Ai-3.
Eman-Zadeh, A-1.
Enel, Ab-2.
Estève, K-5.
Etienne, F-9.
Eudel, C-10.
Faillebin (Mlle), I-16.
Feffer (E. P. f. f.), V-4.
Feld, S-1.
Fenelon, I-7.
Ferrand, H-14.
Flabeau, C-10.
Flavigny, F-7.
Fortin, An-2.
Fossier (Mlle) (ext. f. fonct.), Ac-2.
François (A.), D-1.
Frebet, I-8.
Freret, C-10.
Fressinaud - Masdefeix, Z-1.
Fronville, E-12.
Galand, K-4.
Gandrille, N-10.
Gaulard (ext. f. f.), Ac-2.
Garnier (Mlle), N-4.
Gauthey, Z-10.
Gerbaux, G-4.
Germain, A-6.
Girauld, Z-6.
Gorin, C-7.
Gougerot (J.), E-11.
Gougerot (L.), I-4.
Goulesque, U-3.
Goury-Laffont, F-6.
Gosset, D-7.
Grabois (ext. f. f.), Z-3.
Granier (Mlle) (E. P. f. f.), Z-4.
Granjon, U-4.
Grislain, N-2.
Guez (ext. f. f.), Ac-3.
Guimezanes, Al-1.
Guiot, B-1.
Gueniot (E. P. f. f.), G-15.
Guy (E. P. f. f.), Ai-1.
Hadengue, N-3.
Haguet, T-6.
Haquin, I-5.
Hardel, J-2.
Hébert, F-7.
Henrot, B-1.
Hermann, A-14.
Hertz, Z-11.
Hewitt, An-2.
Houdart, A-6.
Huber, G-14.
Huverlet (E. P. f. f.), A-7.
Jacob (E. P. f. f.), G-13.
Jacquemin, N-14.
Jardel, W-2.
Joinville, J-10.
Jomier, Ac-2.
Joublin, Am-2.
Joué, G-11.
Jourde (Mme) (ext. f. f.), Ak-2.
Joussemet, G-12.
Jouve, H-10.
Jurain (Mlle), A-13.
Kaeppelin, H-9.
Kahn (Mlle), X-1.
Kartun, S-2.
Kéruzoré, Q-1.
Klein, Ah-1.
Koupernik (E. P. f. fonct.), Aa-5.
Kroff, T-5.
Küss (R.), L1.
Lacroix, O-1.
Lamy (E. P. f. f.), Af-1.
Lange, N-5.
Langevin, T-2.
Lanvin, J-8.
Laroche, J-3.
Lartigue, N-12.
Léandri, I-6.
Lebovici, H-5.
Le Bozec, E-1.
Le Brigand, Y-5 et W-1.
Lecœur, J-3.
Lefebvre, H-1.
Legendre, G-9.
Legendre (ext. f. f.), Ac-2.
Leger, Ab-2.
Legrand, K-4.
Legrand (E. P. f. fonct.), G-13.
Lelièvre, F-7.
Le Lorier, Z-9.
Le Naour (ext. f. f.), Ak-1.
Le Noël, I-8.
Leroy (M.), L-1.
Lesca, Y-1.
Le Sourd (M.), M-1.
Lignières (de) T-1.
Lœper, I-4.
Loubrieu, T-7.
Louveau (E. P. f. f.), X-1.
Loygue, T-5.
Magder, Aa-3.
Mage, Z-7.
Maignant, U-3.
Marche, J-5.
Marzet, J-9.
Mattei, L-1.
Mauriee, C-2.
Manny (ext. f. f.), Ac-2.
Mayaud, N-11.
Mendras (Mlle), O-1.
Michon, N-22.
Mignot (E. P. f. f.), Ai-2.
Millez, T-1.
Milliez, Am-1.
Minkowski, An-1.
Monghel (Mlle) (E. P. f. f.), X-3.
Monod (Cl.), N-22.
Moreau (Mlle), E-7.
Motte, Z-2.
Mouchotte, I-5.
Mouton, C-11.
Musset, O-1.
Nebout (E. P. f. f.), Aa-5.
Nehlil, Y-7.
Neveu, D-6.
Nick, Y-2.
Noufflard (Mlle) (E. P. f. fonct.), C-3.
Œlnitz (d') E-5.
Orfali, C-11.
Ordonneau, A-5.
Oudot, G-11.
Paley (P.), N-4.
Paley (J.), U-3.
Paraf, K-1.
Pauleau (ext. f. f.), Ae-3.
Pérol, G-10.
Pergola, J-1.
Perrier, E-3.
Perrimond (ext. f. fonct.), V-3.
Perrotin, F-7.
Pestel, A-3.
Petit (Jac.), J-8.
Philippe, An-4.
Pierart (E. P. f. f.), J-6.
Plas, J-1.
Pluvinage, F1.
Pognon (Mme), E-2.
Pointeau, I-6.
Poissonnet, Y-5.
Polliot, B-1.
Poncet (E. P. f. f.), H-16.
Ponsar (E. P. f. f.), C-5.
Prochiantz, H-9.
Pruvost, A-6.
Pujol, Ah-1.
Rathery (E. P. f. f.), Ae-1.
Raymondaud, H-6.
Raynaud, F-9.
Renault (P.), N-5.
Richard (E. P. f. f.), Ai-2.
Richet (G.), T-3.
Ristelhueber, Z-1.
Robbes (Mme), U-5.
Robert (J.-P.), D-6.
Roblin, Ai-3.
Rochlin, I-6.
Roger, J-7.
Rognon, Z-7.
Rometti, N-11.
Rosey, K-7.
Rouault, A-4.
Rouget, Z-7.
Rousset, G-12.
Roy, N-10.
Rouzaud, J-3.
Ruel, C-1.
Ryckewaert (E. P., f. f.), Ag-1.
Salet, F-1.
Salinési, U-4.
Saltet de Sablet, N-6.
Santelli (Mlle) (E. P. f. f.), Ai-1.
Savaton (E. P. f. f.), Ab-3.
Scherrer, An-6.
Schneider, M-4.
Schweisguth (Mlle), E-15.
Selafer, A-2.
Seguinot (ext. f. f.), Ac-3.
Seibel (ext. f. f.), Ac-3.
Sénécal, M-3.
Sénéchal, An-3.
Séviléano, I-4.
Seyer, I-8.
Sibertin - Blanc (E. P. f. f.).
Sicard, F-6.
Sirot (E. P. f. f.), Z-5.
Soulier, An-5.
Soullard, D-7.
Spriet, G-20.
Staub, Ab-2.
Tétreau, Y-1.
Teyssier, T-1.
Thierry (E. P. f. f.), Aa-1.
Thoyer-Rozat, C-12.
Tiret, U-1.
Torre, Am-2.
Tostivint, D-5.
Touchard (ext. f. f.), Ac-3.
Toufesco, A-8.
Toulouse, R-1.
Tournier (E. P. f. fonct.), Z-3.
Tran-Van-Hoa, K-4.
Trémolières, A-1.
Tricot, F-1.
Tulon, F-3.
Umdenstock, J-7.
Vaysse, Al-1.
Verliac, D-3.
Vermenouze, S-1.
Verricz, G-8.
Verstraete, C-11.
Veyrières, J-8.
Viguié, G-2.
Vincent (M.), A-7.
Vintrebert, W-2.
Vivien, Y-1.
Weill (Francis), V-1.
Weill-Heulot (Mme), N-7.
Wetterwald, K-5.
Woimant (E. P. f fonct.), J-6.
Wolfromm, A-1.
Xambeu, T-5.

Un certain nombre d'internes titulaires occupent des places d'externes en premier, leurs noms figurent donc sur cette dernière liste.

EXTERNES

Externes en premier

Alloiteau (f. fonct.), Y-4.
Arnaud (int. f. f.), D-11.
Berthet (int. f. f.), N-17.
Borniche, I-2.
Bourdy, O-3.
Bourguet (f. fonct. d'int.), S-3.
Burgot (P.) (E. P. f. f. int.), R-1.
Caldier (f. f. int.), Z-5.
Canivet (int. f. f.), G-7.
Capron (int. f. f.), E-4.
Chadoutaud (int. f. fonct.), I-12.
Chapelet (f. fonct. int.), Y-4.
Chardin (f. f. int.), X-2.
Combet (int. f. f.), N-20.
Conche, M-5.
Cousin (Mlle) (f. f. int.), I-1.
Cousin (f. f. int.), Ai-1.
Danion (int. f. f.), E-6.
Delater (int. f. f.), E-13.
Demassieux (int. f. fonct.), Y-8.
Denisart (f. f. int.), Z-4.
Dubois (J.) (f. f. int.), N-6.
Durand (int. f. f.), J-9.
Durupt (int. f. f.), N-3.
Feffer (f. f. d'int.), V-4.
Fourmestraux (de) (int. f. f.), E-13.
Godlewsty, H-12.
Gosset (int. f. f.), D-7.
Gougerot (int. f. f.), E-11.
Grabois (ext. f. f. int.), Z-3.
Granier (Mlle) (f. fonct.), Z-4.
Guéniot (int. f. f.), G-15.
Guy (f. fonct. int.), Ai-1.
Hiverlet (f. f. int.), A-7.
Koupernick, Aa-5.
Jacob (int. f. fonc.), G-13.
Jardel (int. f. f.), N-2.
Lacourbe, Z-8.
Lafourcade, F-10.
Lallemand, I-2.
Lamy (f. f. int.), Af-1.
Lavarde, C-15.
Legrand (int. f. f.), G-13.
Louveau (f. f. int.), X-1.
Mignot (f. f. int.), Ai-2.
Monghal (Mlle) (f. fonct. int.), X-3.
Monié, G-16.
Nebout (f. f. int.), Aa-5.
Nehlil (int. f. f.), Y-7.
Noufflard (Mlle) (f. fonct. int.), C-3.
Piérart (f. f. int.), J-6.
Pognan (Mme) (int. f. fonct.), E-2.
Poncet (int. f. f.), H-16.
Ponsar (f. f. int.), C-5.
Rathery (f. f. int.), Ae-1.
Richard (f. f. int.), Ai-2.
Rosey (int. f. f.), K-7.
Royer, N-3.
Ryckewaert (f. f. int.), Ag-1.
Santelli (Mlle) (f. f. int.), Ai-1.
Saulnier (Mlle) (f. f. int.), C-18.
Savaton (f. f. int.), Ab-3.
Sibertin-Blanc (int. f. fonct.), G-7.
Sirot (f. fonc. int.), Z-5.
Thierry (f. f. int.), Aa-1.
Tournier (f. fonct. d'int.), Z-3.
Wintrebert (int. f. fonct.), W-2.
Woimant (f. f. int.), J-6.

PRENEZ PLUTOT
un comprimé de
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
CORYDRANE
ACÉTYL - SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE
l'aspirine qui remonte
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

INFORMATIONS

(suite de la page 262)

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'or des épidémies a été décernée à M. le Dr Bendjelloul (Salah), médecin-chef de la consultation des mères et nourrissons, à Constantine. (*J. O.*, 5 juin 1942.)

Le jubilé scientifique du Professeur Jolly. — La médaille de M. Justin Jolly lui sera remise en une cérémonie intime qui aura lieu le samedi 20 juin 1942, à 16 h. 30, au Collège de France, salle n° 8.

Un film documentaire. — Le Secours National a présenté mardi au cinéma des Champs-Elysées : « Croisade de l'Air Pur », film de René Lucot. M. le Secrétaire d'Etat auprès du Chef du Gouvernement, Ambassadeur de France, délégué du Gouvernement Français dans les territoires occupés ; M. le Secrétaire d'Etat à la Santé ; M. le Secrétaire général des P. T. T. ; M. le Secrétaire général à la Jeunesse ; M. le Commissaire général à la Famille ; M. l'Ambassadeur de France, chef des Services diplomatiques des Prisonniers de Guerre, honoraient cette réunion de leur présence.

Plusieurs allocutions furent prononcées au début de la séance, notamment par M. le Secrétaire général des P. T. T., qui rappela l'effort magnifique fait par ses agents pour la propagande en faveur de la Croisade dont le film remarquable de M. Lucot fut le couronnement très applaudi.

La Fête des Enfants sans Mère. — Les élèves du Centre d'études de la Fondation d'Heucqueville ont donné leur fête dans la pouponnière et les jardins de l'Œuvre, 85, boulevard Montmorency, à Paris. Dans une chaude allocution, M. Georges Lecomte, de l'Académie Française, a rendu hommage à ces « petites mamans » des enfants privés de leur vraie mère. Puis on entendit la chorale des élèves qu'anime Mme Yvonne Sarcey, directrice des **Annales**, dans un divertissement musical. On sait que l'Œuvre, reconnue d'utilité publique, prépare ses élèves, volontaires du service maternel, au combat pour la race française.

Nouvelle publication. — Une nouvelle revue médicale, DIAGNOSTICS ET TRAITEMENTS, paraît en zone non occupée.

Elle réalise un projet de documentation médicale basé sur un classement des matières par ordre alphabétique. Des articles originaux, des analyses des travaux récents français et étrangers sont réunis par la rédaction qui comprend les Drs L. Blanc, Chevallier, J. Forestier, F. Françon, J. Lelong et J. Saidmann. L'administration de DIAGNOSTICS ET TRAITEMENTS est à Lyon, 13, rue Puits-Gaillot.

Cours

Chaire de clinique gynécologique (hôpital Broca, 111, rue Broca). — LA GYNÉCOLOGIE DU PRATICIEN. — M. le professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R. Moricard, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes, chef du laboratoire ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; MM. Mazingarbe et Orsoni, chefs de clinique ; M. P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; M. Pulsford, assistant d'électro-radiologie ; Mlle Gothie, préparatrice, fera ce cours du 22 juin au 4 juillet 1942. Un certificat d'assiduité pourra être délivré à la fin du cours.

Droit d'inscription : 200 francs.

L'inscription est gratuite pour les internes et les externes des hôpitaux de Paris en exercice et pour les étudiants ayant plus de douze inscriptions sur présentation de leur carte d'immatriculation.

S'inscrire à la Faculté de Médecine au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 14 heures à 16 heures), ou bien tous les jours de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures (sauf le samedi), à la Salle Béclard (A. D. R. M.).

Cours de génétique médicale. — M. le Dr R. Turpin, agrégé, consacrera dix conférences à l'étude de la génétique médicale du 22 juin au 13 juillet. Ces conférences auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 17 h. 30, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Laboratoire d'anatomie pathologique (professeur : M. Roger Leroux). — COURS DE TECHNIQUE HÉMATOLOGIQUE ET SÉROLOGIQUE par M. le Dr Edouard Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra 16 leçons et commencera le lundi 29 juin 1942, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants : les séances comportent deux parties :

1° Un exposé théorique et technique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Cours de perfectionnement sur la résection endo-urétrale. — Ce cours aura lieu du mardi 30 juin au samedi 4 juillet 1942, de 10 heures à 12 heures à l'hôpital Cochin. Le nombre des auditeurs est limité aux dix premiers inscrits auprès du Dr Bouteau, chef de clinique de l'hôpital Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris.

Mariage

Le mariage de Mlle Claude Debré, externe des hôpitaux de Paris et de M. Philippe Monod-Broca, externe des hôpitaux de Paris, a été célébré dans l'intimité le 1er avril 1942. La bénédiction nuptiale leur a été donnée par le pasteur Daniel Monod.

Mlle Debré est la fille du professeur Robert Debré, membre de l'Académie de Médecine.

M. Philippe Monod-Broca est le fils du Dr Raoul-Ch. Monod, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de Chirurgie, et de Mme Raoul-Ch. Monod.

Nécrologie

Le Dr Auguste Bousseau, médecin-chef de l'hôpital de Cholet.

— Le Dr Gustave Rappin, professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Nantes.

— Le Dr Xavier Calmels, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1899), décédé à Albi.

— Mme le Dr Davous, née Picandet, à Boulogne-sur-Seine.

— Mme le Dr Odette Pellé, ancien externe des hôpitaux de Paris, décédée à Rennes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Fantaisies fiscales

Il semble bien, et nous croyons que la chose sera prochainement confirmée, que le carnet de reçus n'aura pas d'application pratique et sera ultérieurement supprimé.

Son institution, outre son corollaire de délation obligatoire, était à proprement parler une fantaisie : loin d'être profitable au Trésor, elle lui était préjudiciable par les abattements qu'elle accordait à l'ensemble des contribuables ; par ailleurs, l'organisation antérieure, préconciliation et commissions de taxation, avait pratiquement supprimé les difficultés de contrôle des déclarations : cette suppression était telle qu'après une diminution constante d'année en année du nombre des affaires soumises à ces commissions, au cours des deux dernières années avant les événements actuels, elles ne furent plus réunies faute d'affaires à examiner. Si bien que les nouvelles mesures, vexatoires s'il en fût, étaient aussi peu justifiées que possible : il en était pour elles comme si, dans le domaine judiciaire par exemple, on avait voulu augmenter les moyens de répression et les pénalités pour des délits qui auraient cessé d'exister.

On en est donc à chercher de nouvelles formules ; mais il faudrait éviter de retomber, par des improvisations hâtives, simplistes et insuffisamment étudiées, dans le domaine de la fantaisie.

Cependant on parle à nouveau de remplacer les taxes en question par un forfait. Un examen superficiel de la question fait apparaître ce forfait comme une simplification, une suppression de la comptabilité et des désagréments d'un contrôle possible. Or, sur quoi pourrait-on se baser pour ranger un médecin dans telle ou telle catégorie de forfait ? Sur quoi pourrait-on s'appuyer pour demander et obtenir un changement de catégorie ? A moins de s'en rapporter à l'arbitraire qui est toujours injuste et haïssable, il faudrait bien en revenir aux pièces comptables.

Les situations médicales, comme au reste le sont les maladies, sont toutes ou presque toutes des cas particuliers. Cette conviction, nous l'avons acquise au cours de l'examen des dossiers que nous avons eus entre les mains à la Commission de taxation : nous aurions été embarrassés pour les ranger par catégories.

Pourrait-on se baser sur le loyer ? Nous ne le pensons pas, car il est une foule de considérations extra-professionnelles, quand ce ne serait qu'une nombreuse famille, qui imposent à des médecins des loyers élevés ; puis, toutes choses égales d'ailleurs, deux médecins ayant le même loyer peuvent avoir des situations médicales totalement différentes.

S'il est, par ailleurs, une taxe qui a soulevé les protestations les plus légitimes, c'est bien la patente qui est le type des impôts de répartition. L'institution du forfait, impôt de répartition, aggraverait encore les méfaits de la patente en les multipliant. Ce serait un retour en arrière vers des formes déjà condamnées.

Pourquoi ne pas revenir purement et simplement, sagement aussi, à ce qui existait déjà, préconciliation et commissions de taxation ? Ce système aurait l'avantage de ne pas être une improvisation et il a déjà donné des preuves de son efficacité.

A. HERPIN.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD. Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE
SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4, Rue Platon, PARIS (XVe)



TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL

COMPRIMÉS

complexe d'acides aminés : hystidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B, associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.

MODE D'EMPLOI :

Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

LABORATOIRE du NEUROTENSYL
72, boulevard Davout, PARIS (20e)

Laboratoires LE PERDRIEL

Anémie - Convalescence
BIOSINE LE PERDRIEL

Toux de toutes natures
TOLEM LE PERDRIEL

Goutte - Gravelle
Rhumatismes
SELS DE LITHINE EFFERVESCENTS LE PERDRIEL

Antiseptique - Cicatrisant
Détersif
COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

Succédané naturel de l'huile de foie de morue
FUCOGLYCINE du Dr GRESSY

BIOFERRINE
COMPRAL
CYRÈNE
DEVEGAN



LACARNOL
PADUTINE
PROLAN
THEOMINAL

"SOPI"
16, rue d'Artois PARIS-VIIIe

LA 9ME ÉDITION
DU
FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**
Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

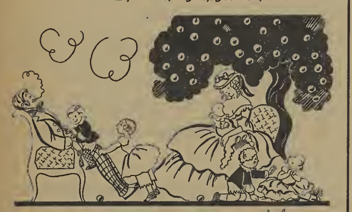
◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00

Viosten
Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines



Pour avoir récolte au verger faut de bonne heure le fortifier

Deficiences organiques

Comprimés • Injections de 1 c.c. • Granulés

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19

DERMATOSES-HYPERTENSION
4 à 8 pil. glutin. par jour
2 à 3 I. V. par semaine

HYPOSULFÈNE

LABORATOIRES TORAUDE
22, rue de la Sorbonne, PARIS
2, rue du Pensionnat, LYON

MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

VEINOTROPE

MÉDICATION SYNERGIQUE A BASE D'EXTRAITS OPOTHÉRAPIQUES

3 FORMES
COMPRIMÉS M. F. et POUDRE

Laboratoires LOBICA, 25, rue Jasmin - PARIS (16e)

N° 25. — 1er JUILLET 1942 115e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Varangot, avec 18, 19, 27 (65 points).

Sont classés ensuite : M. Merger et M. Morin.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A 2 PLACES D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX (Epreuves d'admissibilité). — Epreuves cliniques : MM. Joseph, 18 ; Offret, 20 ; Morax, 19 ; Desvignes, 18.

Classement des épreuves d'admissibilité : 1er M. Morax, 48 ; 2e M. Offret, 48 ; 3e M. Desvignes, 46 ; 4e M. Joseph, 45.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A 2 PLACES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Sont déclarés admissibles à la suite des épreuves déjà subies, les candidats dont les noms suivent : 1er M. Bérard, 48 ; 2e M. Maspetiol, 48 ; 3e M. Bourdial, 47 ; 4e M. Lemoyne, 40 ; 5e M. Gaston, 46.

Tirage au sort de MM. les Membres du jury de nomination. — MM. les Drs Chatellier, Lemaître, Rouget, Moulonguet, Leroux, Aubry, Aubin, oto-rhino-laryngologistes ; M. le Dr Tinel, médecin ; M. le Dr Gatellier, chirurgien.

CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE (Admissibilité). — Classement des candidats. MM. les Drs Lefebvre, 84 ; Humbert, 77 ; Liquier, 77 ; Salaun, 60 ; Monmignaut, 57 ; Proux, 54 ; Lebouchard, 52 ; Duchamp, 51.

Sont déclarés admissibles MM. les Drs Lefebvre, Humbert, Liquier, Salaun, Monmignaut.

CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX (Admissibilité). — Séance du 16 juin 1942. Epreuve de lecture. — MM. les Drs Mesnard, 20 ; Malingre, 24 ; Bornet, 25.

Séance du 18 juin 1942. Composition écrite. — MM. les Drs Parant, 27 ; Lambert, 26 ; Lepoivre, 27.

Séance du 19 juin 1942. Composition écrite. — MM. les Drs Gencel, 25 ; Hennion, 24 ; Béal, 22.

Séance du 22 juin 1942. Epreuve de consultation écrite. — MM. les Drs Malingre, 14 ; Gencel, 12 ; Hennion, 19.

CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE BRETAGNE. — Classement final des candidats. MM. : 1er Querneau, 94 ; 2e Codet, 90 ; 3e Soyer, 88 ; 4e Ollivier-Henry, 86 ; 5e Nabert, 84 ; 6e Gaumé, 84 ; 7e Logeais, 82.

CONCOURS DE CHIRURGIEN DE VILLENEUVE-SAINT-GEORGES. — Epreuve sur titres. MM. Chabrut, 30 ; Thomeret, 27 ; Godard, 26 ; Lyonnet, 25 ; Boyer, 25.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A TROIS PLACES DE CHEF DE LABORATOIRE DE CHIMIE BIOLOGIQUE VACANTES A L'HÔPITAL BROUSSAIS, AU GROUPE HOSPITALIER NECKER-ENFANTS MALADES ET A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS. — L'ouverture de ce concours aura lieu le mardi 28 juillet 1942, à 10 heures, à la Salle des Commissions du Conseil de surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria (2e étage). Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de Santé), du lundi 29 juin jusqu'au lundi 6 juillet 1942 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Hospice national des Quinze-Vingts. — Le concours pour une place d'ophtalmologiste adjoint s'est terminé par la nomination de M. L. Guillaumat.

Hôpital de Melun. — Un CONCOURS sur titres et épreuves aura lieu à l'hôpital de Melun (Seine-et-Marne), fin septembre 1942, pour la désignation d'UN INTERNE TITULAIRE (limite d'âge 27 ans plus, éventuellement, services militaires).

Les candidats devront adresser leur demande à la Direction de l'hôpital avant le 19 septembre 1942 (Etre français, aryen, posséder 16 inscriptions. Traitement de 890 à 990 par mois). S'adresser à la Direction de l'hôpital pour tous renseignements complémentaires.

Faculté de Médecine de Paris. — LE CONCOURS DU CLINICAT 1942 s'ouvrira le 30 juin 1942 à l'hôpital Saint-Antoine (Prof. Loeper) pour les clinicats de thérapeutique médicale Saint-Antoine : 3 titulaires sans indemnité ; médicale propédentique : 4 titulaires sans ind. ; de la tuberculose : 1 titulaire avec ind., 3 titulaires sans indemnité.

Le 1er juillet à l'Hôtel-Dieu (Prof. Fiessinger) pour les clinicats de méd. Bichat : 1 tit. sans ind. ; méd. Cochin : 1 tit. avec ind., 2 tit. sans ind. ; méd. Hôtel-Dieu : 2 tit. sans ind. ; méd. Broussais : 3 tit. sans ind.

Le 2 juillet à Claude-Bernard (Prof. Lemierre) pour les clinicats de méd. d'hygiène 1re enfance : 1 tit. avec ind., 2 tit. sans ind. ; maladies infectieuses : 2 tit. sans ind.

Le 3 juillet à l'hôpital Cochin (Prof. Mathieu) pour les clinicats de chirurgie infantile : 1 tit. sans ind ; chirurgicale et orthopédie de l'adulte : 1 tit. avec ind., 1 tit. sans ind.

Le 4 juillet à l'hôpital de la Pitié (Prof. Clovis Vincent) pour le clinicat de neuro-chirurgie : 1 tit. sans ind.

Le 7 juillet à l'Hôtel-Dieu (Prof. Velter) pour le clinicat ophtalmologique : 2 tit. sans ind.

Le 8 juillet à l'Hôtel-Dieu (Prof. Mondor) pour les clinicats de chirurgical Hôtel-Dieu : 2 tit. sans ind. ; thérapeutique chirurgical Vaugirard : 1 tit. avec ind. ; chirurgical Saint-Antoine : 3 tit. sans ind.

Le 9 juillet à la Salpêtrière (Prof. Guillain) pour les clinicats maladies nerveuses : 1 tit. sans ind ; maladies cutanées : 1 tit. avec ind., 1 tit. sans ind.

Le 10 juillet à la clinique Tarnier (Prof. Portes) pour les clinicats obstétricale Tarnier : 1 tit. sans ind. ; Port-Royal : 2 tit. sans ind. ; Clinique gynécologique : 1 tit. sans ind.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour les inscriptions et les conditions du concours consulter les affiches.

BOURSES DE DOCTORAT. — Peuvent obtenir sans concours, pour un an, une bourse de *première année*, les étudiants qui justifient au minimum de la note 70 à l'examen P. C. B. ou de mentions.

Les bourses de doctorat *à partir de la 2e année* sont données au concours qui aura lieu le 27 juillet 1942.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront été incorporés sous les drapeaux.

Les registres d'inscription seront clos le 18 juillet 1942, à seize heures.

Des exonérations de droits d'inscription, notamment pour les étudiants appartenant à des familles nombreuses, peuvent être accordées jusqu'au 31 octobre. Consulter sans retard les affiches.

Les demandes de bourses ou d'exonérations doivent être renouvelées tous les ans et ne peuvent être formulées que par des sujets français.

STAGES COMPLÉMENTAIRES DE VACANCES 1942. — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé pendant les vacances du 15 juillet au 17 octobre 1942, dans les services de :

M. le professeur Harvier, à l'hôpital Cochin.

M. le professeur Cadenat, à l'hôpital Saint-Antoine.

BOLDOLAXINE

A BASE DE FEUILLES FRAICHES DE BOLDO

1 A 2 COMPRIMÉS AVANT LE REPAS DU SOIR

LABORATOIRE ÉMILE CHARPENTIER
7, rue du Bois-de-Boulogne - Paris (16e)

M. le professeur Cathala, à l'hôpital Trousseau.

MM. les étudiants ayant un stage à compléter devront se présenter au Secrétariat (guichet 5), *avant le 10 juillet.*

Pourront également s'inscrire les étudiants qui, en étant en règle au point de vue stage, seraient désireux de prendre un service pendant les vacances.

Ecole de Médecine de Caen. — M. Jean Lhirondel, ancien interne des hôpitaux et ancien chef de clinique à Paris, a été chargé provisoirement des fonctions de professeur suppléant de pathologie et clinique médicale en remplacement de M. Olivier.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier* : M. le médecin commandant Vrignaud, des troupes coloniales. (*J. O.*, 14 juin 1942.)

Chevalier à titre posthume. — M. Vallet, médecin lieutenant au 9e Rég. de Spahis (a été cité).

Médaille militaire à titre posthume. — M. Pierre Chaumeix, médecin auxiliaire au 2e Rég. d'inf. alpine. A été cité.

Retrait de naturalisation. — Le *Journal Officiel* des 15 et 16 juin 1942 publie un décret portant retrait de la nationalité française. La liste comprend huit médecins.

Institut national d'Hygiène. — Le *Journal Officiel* du 17 juin 1942 publie le décret n° 1263, du 11 juin 1942 portant règlement d'administration publique pour le fonctionnement de l'Institut national d'hygiène.

Académie Française. — L'Académie vient de décerner un des grands prix d'histoire littéraire à M. le professeur Henri MONDOR pour sa *Vie de Stéphane Mallarmé.*

On sait que l'éminent professeur de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu appartient, ainsi que M. Paul Valéry, à l'Académie Mallarmé.

Association nationale professionnelle des médecins électro-radiologistes français. — Dr Delherm, président ; Dr Aimé, secrétaire général. — Ce groupement, autorisé par décret paru au *Journal Officiel* du 3 mars 1942, a tenu une réunion constitutive le 22 mai.

Il a été rendu compte de l'activité du président et du secrétaire général pour la reconnaissance du groupement, pour la dévolution des biens de l'ancien syndicat dissous et du fonctionnement de l'assurance groupe.

Un vœu a été émis pour que dans la nouvelle nomenclature des tarifs, la visite honoraire soit de 50 francs.

Tous les membres de l'ancien syndicat font de droit partie du nouveau groupe. Les adhésions nouvelles sont acceptées et la cotisation est fixée à 120 francs pour 1942.

L'assurance groupe continue. Il sera demandé à l'Ordre et aux Pouvoirs publics que le tarif de responsabilité des caisses soit le même pour toute la France.

Une démarche sera faite auprès du Ministère et du Conseil national de l'Ordre pour hâter la qualification de spécialiste, l'enseignement de la spécialité, le charbon et la discrétion professionnelle, les questions fiscales, etc.

Fédération des Associations amicales de médecins du Front, 63, boulevard des Invalides, Paris (7e). — Le Bureau de la Fédération, les Drs G. de Parrel, président p. i., Raymond Tournay, secrétaire général, Rimé, trésorier, ainsi que les dirigeants des principales associations ont été reçus le 4 juin 1942 par le Dr Grasset, secrétaire d'Etat à la Santé.

Les médecins anciens combattants ayant eu connaissance, par les déclarations publiées dans la presse, des intentions du ministre et des buts qu'il s'est assignés, ont déclaré lui faire totalement confiance et se tenir à sa disposition pour toutes participations qu'il jugerait opportunes.

Au cours de l'audience ont été plus particulièrement évoquées les questions suivantes : charte médicale ; places à réserver aux anciens combattants et prisonniers libérés dans les Conseils et services dépendant du Secrétariat d'Etat à la Santé ; question des médecins étrangers ; relève des médecins prisonniers ; défense des droits de ces derniers et particulièrement de leurs clientèles ; postes à leur réserver à leur retour ; situation des médecins auxiliaires, docteurs en médecine, encore prisonniers.

Le ministre a bien voulu dire au Bureau de la Fédération son accord sur tous ces points.

CHRONIQUE

La Journée du Rhumatisme à Aix-les-Bains

La Journée du Rhumatisme organisée à Aix-les-Bains le 21 juin a connu un légitime succès. De très nombreux confrères se pressaient dans la salle des Nouveaux Thermes. On remarquait la présence des professeurs Mouriquand, Patel, Policard, du professeur agrégé Mallet-Guy, de M. H. Thiers (de Lyon), du doyen Gaston Giraud, des professeurs Louis Rimbaud et Serre (de Montpellier), de MM. R. Charry (de Toulouse), R. Junet (de Genève), Cirera-Volta (de Barcelone), Tissot, président de la Société Savoyarde des sciences médicales, J. Forestier, président de la Société médicale d'Aix-les-Bains, F. Françon et G. Rollin, secrétaires de la Journée.

La matinée fut réservée d'abord à des *présentations* de malades par des confrères d'Aix-les-Bains. On entendit ensuite un *rapport* remarquablement clair du Dr P. BAUMGARTNER « *sur les modes de début du rhumatisme chronique* ». MM. Thiers, Mouriquand, Patel, Giraud, Forestier et Françon prirent part à la discussion du rapport.

Après un déjeuner amical au Grand Cercle les travaux reprirent avec des communications de M. MOURIQUAND sur *un cas de goutte calcaire* et sur l'*inutilité des doses massives de vitamine D pour la fixation du calcium,* communication d'un intérêt certain et bien actuel ; de MM. GIRAUD et BERT sur les *algies viscérales simulées d'origine rachidienne* ; de MM. L. RIMBAUD et SERRE sur *le choc en thérapeutique articulaire* et sur *le syndrome urétro-oculo-articulaire de Reitter* ; de M. POLICARD sur la *région du rebord du corps vertébral et son intérêt physio-pathologique* ; de MM. R. JUNET et P. ALPHONSE (de Genève) *sur le nodule de Meynet, lien pathogénique entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique infectieux* de MM. FRANÇON et ROLLIN sur *une lésion radiographique initiale de la coxarthrie.*

On entendit enfin les communications de M. CHARRY sur l'*ostéotomie sous-trochantérienne dans les affections de la hanche. Technique* ; de M. MALLET-GUY sur l'*ostéolyse post-traumatique de l'extrémité inférieure de l'humérus.*

Très bonne journée de travail facilitée par une organisation impeccable dont le mérite revient à nos confrères Forestier, Françon et Rollin.

L. L. S.

Les Journées médicales d'information du Comité National des Sports

Les Journées médicales ont été ouvertes le jeudi 25 juin dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

La séance inaugurale a eu lieu sous la présidence d'honneur du lieutenant-colonel Pascot, commissaire général aux Sports et du Dr Rochu-Méry, président des Journées médicales.

A leurs côtés avaient pris place M. le recteur Gidel, M. le doyen Baudouin, M. Denis, directeur général du Comité National des Sports, MM. les professeurs agrégés Basset et Chailley-Bert (de Paris), Coll de Carrera (de Montpellier), le professeur Tanon, les Drs Collet, Chuche, Lestocquoy, Cambessedès et Leclerc.

Dans une excellente allocution, M. Rochu-Méry montra l'importance des centres médicaux sportifs et exposa le but et le programme des Journées. M. le lieutenant-colonel Pascot demanda ensuite aux médecins de s'associer à l'œuvre de redressement physique et moral dont le Maréchal lui a confié la charge.

M. le professeur agrégé Basset fit alors une magistrale conférence consacrée à l'ACCIDENT SUR LE STADE. Eliminant à dessein les gros traumatismes avec lésions évidentes il parla des accidents nombreux dans lesquels le diagnostic est difficile. Tel est le cas des entorses et des contusions. Prenant pour exemple la contusion de la hanche il montra qu'elle n'existe pas. Le plus souvent le gonflement masque des lésions osseuses, intéressant le col du fémur, la cavité cotyloïde ou le sourcil cotyloïdien. Ces lésions passeraient inaperçues sans le secours de l'écran. M. Basset illustra sa conférence par la projection de très belles radiographies et insista, en terminant, sur l'importance de la présence d'un chirurgien sur le stade.

Le vendredi 26 juin, au grand amphithéâtre, le Dr Chuche parla de l'ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL DANS UNE GRANDE RÉUNION SPORTIVE. Puis M. le professeur Joannon traita de la SÉROTHÉRAPIE ANTITÉTANIQUE D'URGENCE. Enfin M. le professeur Chailley-Bert exposa les RÉACTIONS DU CŒUR AUX EFFORTS SPORTIFS.

Le samedi 27 juin eurent lieu des démonstrations de natation et de sports nautiques et la projection du film « L'Appel du Stade ».

Le dimanche 28 juin fut consacré aux championnats de France d'athlétisme et une réception des congressistes marqua la fin de ces belles journées organisées avec un soin et un sens des nécessités actuelles dont il faut féliciter le président et ses collègues.

F. L. S.

Fiançailles

Nous apprenons les fiançailles de Mlle Marie-Madeleine Camus, fille du Dr Jean Camus, membre de l'Académie de Médecine, décédé, et de Mme, née Mocq, avec M. Jacques Bellanger, fils du Dr Henry Bellanger et de Mme, née Maucomble.

Mariage

On annonce le mariage, en l'Eglise Saint-Sulpice, dans la plus stricte intimité, du Dr Gérard de Parrel, Officier de la Légion d'honneur, Croix de Guerre, avec Mme Suzanne Deplanck-Lavoisier (Louise Matha), fondatrice-directrice générale des centres sociaux de rééducation, Chevalier de la Légion d'honneur, lauréate de l'Institut.

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine la mort de notre collègue et ami le Dr Georges Boyé, ancien interne des hôpitaux de Paris (1907), directeur de l'*Hygiène sociale*, décédé à Vincennes, et celle du Dr Albert de Giverdey, à la Demi-Lune, près Lyon.

— Du Dr Georges Ferrier, chargé de cours à la Faculté de Montpellier.

Renseignements

A céder. — Maison de régimes attenant à l'établissement thermal dans grande station d'été.

Ecrire *Gaz. Hôp.*, n° 1.

Etablissement physiothérapique ayant matériel, clientèle, depuis 40 ans dans station thermale, demande un médecin ayant ressources pour transformer et moderniser.

Ecrire *Gaz. Hôp.*, n° 2.

Adjud. Etude Me **Barillot**, notaire à Paris, 4, rue de Berri, le 22 juillet 1942, à 14 h. 30,

PHARMACIE SCOTT 348, rue Saint-Honoré

Mise à prix (pouv. être b.) : 1.400.000 fr. Cons. : 500.000 fr. S'adr. à M. **Wascat**, liquid. de Soc., à Paris, 6, r. de Ponthieu, et au not. — 2421.

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux

MICROLYSE

Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense

LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe





DES ULCÈRES
GASTRO-DUODÉNAUX

PAR

HISTIDINE

LARISTINE
"roche"

SOLUTION A 4%
DE MONO-CHLORHYDRATE D'HISTIDINE

AMPOULES DE 5cc
Injections intramusculaires
au sous-cutonées indolores

SANS CONTRE-INDICATION



PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON - PARIS (IVe)

DIURÈNE

EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris



GÉNÉSÉRINE

SÉDATIF DE L'HYPER-EXCITABILITÉ SYMPATHIQUE

L'Hypo-acidité, la dyspepsie atonique, le syndrome solaire **des estomacs paresseux**

La tachycardie — les palpitations **des cœurs nerveux**

GRANULES - GOUTTES - AMPOULES

Laboratoires AMIDO
4, Place des Vosges - PARIS
Zone libre : Laboratoires des Produits Amido - RIOM (P.-de-D.)

FLUXINE
Gouttes et Dragées

TRAITEMENT DES ANÉMIES
ET DES DÉFICIENCES
NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL

COMPRIMÉS
complexe d'acides aminés : hystidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B, associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.

MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

LABORATOIRE du NEUROTENSYL
72, boulevard Davout, PARIS (20e)

Vaccinothérapie cutanée
PAR LE
PROPIDEX
Pommade à base de propidon du Professeur Delbet

TRAITEMENT
DES PYODERMITES
FURONCLES-BRÛLURES
ESCHARES-ENGELURES
ULCÈRES VARIQUEUX
ÉRYTHÈMES FESSIERS
PLAIES CUTANÉES

SPECIA SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON PARIS (8e)



VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS
LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL
DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE
SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4, Rue Platon, PARIS (XVe)



Laboratoires LE PERDRIEL
Anémie - Convalescence
BIOSINE LE PERDRIEL
Toux de toutes natures
TOLEM LE PERDRIEL
Goutte - Gravelle
Rhumatismes
SELS DE LITHINE EFFERVESCENTS LE PERDRIEL
Antiseptique - Cicatrisant
Détersif
COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
Succédané naturel de l'huile de foie de morue
FUCOGLYCINE du Dr GRESSY

LAXATIF DOUX
MUCINUM
1 à 2 comprimés par jour
" INNOTHERA " - ARCUEIL (Seine)

Œdème par carence alimentaire avec perturbation pluriglandulaire. — MM. Duvoir, Poumeau-Delille et L. Durupt. — Observation d'un malade atteint d'œdème de sous-alimentation résistant au repos. Les auteurs soulignent un trouble pluriglandulaire avec impuissance, polyurie et abaissement de métabolisme basal à — 27 %, et insistent sur l'efficacité du traitement thyroïdien qui a fait fondre rapidement les œdèmes.

Modification de la constitution chimique des globules rouges dans les anémies. — M. Ambard. — L'auteur conclut que dans les anémies hypochromes le volume globulaire inférieur à la normale est supérieur à la valeur qu'on pourrait présumer, car l'hématie contient un excès d'eau allant jusqu'à 18 %, et moins d'hémoglobine, par rapport au stroma, qu'une hématie normale. Dans les anémies hyperchromes, l'hémoglobine est bien en excès et de plus il y a hyperhydratation.

Séance du 5 juin 1942

Syndrome de Milkman chez un ouvrier du cadmium. — MM. Nicaud, Lafitte, Gros, Gautier.

Lésions osseuses de l'intoxication par le cadmium. Traitement calcique et vitaminique (vitamine D). — MM. Nicaud, Lafitte et Gros. — Les ouvriers intoxiqués par le cadmium présentent des troubles fonctionnels graves (douleurs dans les membres inférieurs, rendant la marche impossible, sans déformations ostéo-articulaires. La radiographie rappelle le syndrome de Milkman. Les stries osseuses se voient surtout sur le col du fémur, sur le bord axillaire de l'omoplate. Pas d'altérations des éléments constituant du sang. Les troubles dans cette intoxication sont tardifs. Traitement curatif par vitamine D, le calcium et l'extrait parathyroïdien.

Deux cas de cachexie de Simmonds guéris par le benzoate d'oestradiol. — M. R. Clément, Jeanne Delon et M. Hardel. — Présentation de 2 jeunes filles de 13 ans, atteintes de cette cachexie, à savoir : amaigrissement de 12 et 20 kilos, aménorrhée, hypotension, les asthénies, pigmentation, hypoglycémie, diminution du métabolisme basal, anorexie. Guérison par injections de folliculine synthétique. Ces faits peuvent contribuer à la physio-pathologie de syndromes de cachexie mal connus.

Un cas de carotinémie. — MM. Brulé, Hillemand et Carlotti. — Observation d'une malade atteinte d'anémie, présentant une teinte faisant admettre la carotinémie. Cette malade reçut pendant 15 jours de petites doses d'extrait thyroïdien ; le carotène sanguin diminua de moitié, les lipides tombèrent de 10 gr. à 2 gr. 95, le métabolisme de base revint à la normale. Il n'y avait dans ce cas ni abus de légumes riches en carotinoïdes, ni troubles fonctionnels du foie.

Séance du 12 juin 1942

Vérification anatomique d'un cas de dilatation congénitale du tronc et des branches de l'artère pulmonaire. — MM. Raoul Kourilsky, Jean Regaud et Mlle Rémond. — Résultats de l'autopsie de cette malformation chez une femme de 32 ans dont l'image radiologique révélait le diagnostic, à savoir : la dilatation de l'arc moyen et la pulsatilité des ombres hilaires. A l'autopsie, l'artère pulmonaire mesurait 9 centimètres à son origine et présentait un athérome discret. Existait aussi une sténose mitrale serrée. Ce fait confirme la valeur de l'hyperpulsatilité et du bombement de l'arc moyen comme signe de la dilatation congénitale.

Sur la fréquence relative des dilatations congénitales du tronc de l'artère pulmonaire. — M. Raoul et Mme S. Kourilsky, MM. Marchal et Gaubert ont réuni 11 cas de dilatation congénitale de l'artère pulmonaire, dont 4 vérifiés anatomiquement et portant sur le tronc de l'artère à l'exclusion des branches. Chez une malade, l'origine congénitale était rendue certaine par l'existence d'une malformation pulmonaire kystique surajoutée. Presque tous ces cas ont été reconnus fortuitement : on les rencontre surtout chez les femmes (5 cas sur 7) ; chez l'enfant (2 cas). Il n'y a aucun symptôme fonctionnel ; les malformations sont latentes.

Intoxication barbiturique avec lésions bullo-ulcéreuses. — MM. Decourt, Delarue et Bastin. — Etude biopsique des lésions cutanées de cette intoxication, qui semblent causées par un déséquilibre vasomoteur constitutionnel avec dermographisme intense ; la lésion initiale étant une vaso-dilatation aiguë aseptique avec nécrose parcellaire.

Syndrome carentiel avec polyurie. — Action de l'acétate de désoxycorticostérone. — MM. Decourt et Bastin. — Pour les auteurs le syndrome carentiel avec polyurie n'est qu'un stade des œdèmes de famine. L'acétate employé améliore les malades mais déclenche l'apparition d'œdèmes.

Intoxication professionnelle par le Diazométhane. — MM. Duvoir, Leroux, Prieur et Cros. — Ce corps sert maintenant à la fabrication de la désoxycorticostérone. Cinq ouvriers ont été atteints : les uns de bouffées de chaleur et de vertiges, d'autres de crises asthmatiformes ; tous travaillant à la manipulation du diazométhane. Ces faits ont été signalés à l'étranger par Sunderman, Connor et Fields.

Mesure radiologique de la branche gauche de l'artère pulmonaire. — MM. Lian et Maurice Marchal. — Intérêt de la position transverse gauche pour l'exploration radiologique de l'artère pulmonaire. Cette position montre, en avant de la clarté de l'extrémité inférieure de la trachée, l'ombre ovalaire de la projection de la branche gauche de l'artère pulmonaire, dont les dimensions peuvent ainsi être appréciées.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 9 mai 1942

Action du 883 F. sur le choc anaphylactique et le choc histaminique chez le lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, D. Bovet, G. Mauric et Mme A. Holtzer montrent l'action protectrice du 883 F.

Suppression par l'yohimbine du réflexe d'angiospasme orthostatique chez l'homme. — M. R. Cachera signale que l'administration préalable d'yohimbine soit par injection sous-cutanée, soit par voie digestive, peut supprimer complètement l'angiospasme orthostatique, même chez des sujets à réflexes vaso-constricteurs anormalement vifs.

Le facteur surrénal et le facteur nerveux direct dans la splénocontraction par excitation splanchnique. — M. et Mme A. Chauchard et M. P. Chauchard montrent que dans la splénocontraction par excitation splanchnique, existent une phase précoce, correspondant à l'excitation des fibres splénoconstrictrices, et une phase tardive due aux fibres adrénalino-sécrétrices.

Activité biologique des produits d'autolyse des bacilles paratuberculeux. — M. R. Laporte a pu séparer dans les produits d'autolyse des bacilles acido-résistants trois fractions d'activité biologique différente.

Sur la réaction cellulaire de l'anaphylaxie. Son caractère aérobique. — M. J.-L. Parrot.

Existence de troubles de la chronaxie chez les sujets atteints d'amaigrissement d'origine alimentaire. — MM. Guy Laroche, P. Lefébure et J. Trémolières ont trouvé, mais dans un certain nombre de cas seulement, des chronaxies élevées, et cela de façon très persistante, résistant aux vitamines B_1 et PP ; ils attribuent ces modifications chronaxiques à des troubles de nutrition tissulaire, en rapport avec les désordres métaboliques du déséquilibre alimentaire.

Action comparée de quelques stéroïdes sur le tractus génital mâle. — MM. R. Courrier et G. Poumeau-Delille montrent à ce sujet l'action nocive sur la spermatogénèse de l'acétate de désoxycorticostérone et de la prégnénolone.

Nous avons l'honneur d'informer le Corps Médical et Pharmaceutique que le GAMBÉOL, l'ACTIPHOS, l'HÉMOPYLORE "3", le GLOBIRON et le CALYPTOL, sont désormais réunis sous la raison sociale

Laboratoire Roger Bellon
S. A. R. L.
L. FERRAND
Ex-Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris — Pharmacien-Gérant
Z. O. : 78 bis, Avenue Marceau — PARIS
Z. L. : 24, Chemin de Saint-Roch — AVIGNON

LE JUBILÉ SCIENTIFIQUE DE M. JUSTIN JOLLY

Le 20 juin 1942, au Collège de France, les collègues, les élèves et les amis de M. Justin Jolly se sont réunis, dans l'intimité, pour lui rendre, au moment où il quitte sa chaire, un hommage d'affection et d'admiration.

La cérémonie était présidée par M. Farral, administrateur de l'illustre Maison. Il était assisté de M. Achard, secrétaire général de l'Académie de Médecine, et de M. Louis Lapicque, président de la Société de Biologie.

M. Jolly avait pris place en face du président, entre M. Paul Valéry et M. Caullery. Plus loin, près du beau médaillon dans lequel le grand artiste Gabriel Rispal a su fixer un moment la physionomie si mobile et si expressive du Maître, se trouvaient M. Pérez, de l'Académie des Sciences, M. Georges Schæfer, professeur à la Faculté des Sciences et M. Robert Courrier.

La salle était comble, nous renonçons à nommer tous ceux qui avaient tenu à s'associer à la cérémonie. Citons seulement, au hasard des entrées, MM. Levaditi, Champy, Eug. Terrien, Labey, Chevassu, Giroud, Rochon-Duvigneaud, Louis Martin, Nègre, H. Bénard, L. Binet, Garcin, Hazard, Fauré-Frémiet, Rouvillois, J. Ch. Roux, Guillain, Loeper, le doyen Baudouin, N. Fiessinger, Veau, Milian, Strohl, Debré, Urbain, Pagniez, Georges Masson, Lenoir, Dujarric de la Rivière, Tournade, Polonowski, André Siegfrid, Lacassagne, Jean Troisier, Fernand Bezançon, Auvray, Pasteur Vallery-Radot, Brumpt, Mollaret......

Les trois fils de Jules Jolly, le si regretté frère de Justin Jolly étaient dans l'assistance.

M. Farral ouvrit la séance en exprimant à M. Jolly son admiration pour ses magnifiques travaux et pour « le bel équilibre de sa carrière ». Il l'assura de l'affectueux attachement de tous les membres du Collège.

M. Achard apporta l'hommage de l'Académie de Médecine au grand biologiste qui fit dans ses recherches une si large part à la médecine. M. Jolly n'est-il pas un ancien interne des hôpitaux de Paris, ne fut-il pas un des plus brillants élèves de Chauffard, de Dieulafoy, de Siredey, de Pierre Marie ? N'a-t-il pas, avec une inlassable bienveillance et une courtoisie toujours égale, ouvert son laboratoire à tous les jeunes collègues désireux de le consulter sur des questions d'hématologie ?

M. Lapicque, président de la Société de Biologie exprima sa gratitude à celui qui en est le secrétaire général depuis 16 ans, à celui qui anime ses séances et à celui qui a fait du Bulletin de la Société le premier périodique du monde.

C'est un naturaliste, M. Pérez, qui salua M. Jolly au nom de l'Académie des Sciences. Il rappela que dès sa jeunesse l'attrait de l'histoire naturelle orienta son collègue vers les recherches que nous admirons aujourd'hui.

M. Georges Schæfer parla ensuite au nom des amis. Il le fit avec émotion et d'une façon charmante.

En remettant à M. Jolly la très belle plaquette de Gabriel Rispal, M. Robert Courrier retraça, d'une manière lumineuse, l'œuvre du Maître en en montrant l'enchaînement et le développement harmonieux.

« ... C'est toujours, dit-il, la même idée qui vous anime, depuis l'époque où vous avez vu naître, à la frontière de l'histologie et de la physiologie, une science qui participe des deux disciplines et qui cherche à saisir le mécanisme physiologique par la comparaison des éléments figurés.

« Vous avez une prédilection pour les objets d'étude qu'on peut observer au microscope à l'état vivant. Dès 1901, vous découvrez un matériel de choix dans le sang du Triton réalimenté après une période de jeûne. Vous y trouvez une grande quantité d'hématies en mitose ; vos yeux étonnés et ravis de biologiste et d'artiste voient alors se dérouler, avec une netteté impressionnante chez un vertébré, les phénomènes les plus délicats de la figuration chromatique. Vous mettez aussitôt à profit ces conditions favorables, et vous entreprenez l'étude expérimentale de la division cellulaire. Nous vous devons les premiers renseignements sur la durée des différentes phases en fonction de la température, et sur les changements d'orientation du fuseau sous l'influence de facteurs mécaniques. Vos constatations si précises, qui remontent à plus de trente ans, servent encore aux calculs dans les mémoires les plus récents.

« Mais les phénomènes que vous observez, vous révèlent un autre fait d'une importance majeure : la multiplication par mitose des jeunes hématies peut être suivie *in vitro* pendant plusieurs semaines ; vous obtenez de même la survie des leucocytes en dehors de l'organisme pendant de longs mois.

« Vous veniez ainsi de faire un premier pas décisif vers la culture des cellules animales, et c'était en 1903 !

« Ce furent ensuite toute une série de recherches fécondes sur le sang, sur le système lymphatique, sur les organes hématopoïétiques.

« Ces travaux, réunis en deux volumes connus de tous, firent de vous le maître incontesté de l'hématologie.

« A une époque où toutes les théories sur la coagulation du sang et sur l'immunité faisaient intervenir la fragilité des leucocytes et leur destruction, vous avez montré par d'élégantes expériences qu'ils étaient encore vivants dans le caillot 48 heures après sa formation.

« De même, vous avez mis fin aux controverses sur la disposition des globules rouges dans les vaisseaux, par l'examen direct de la circulation dans l'aile de chauve-souris.

« En découvrant les restes du noyau des hématies et, en comparant cette dégénérescence nucléaire à celle que présente la fibre cristallinienne, vous avez apporté la solution de plusieurs problèmes longuement discutés sur l'origine des globules rouges, leur évolution, leur spécialisation.

« L'étude de la disposition tubulée des ganglions lymphatiques chez les oiseaux vous a permis de préciser nos connaissances sur l'architecture de ces formations. Ce sont des organes lymphoïdes modelés sur un réseau lymphatique fonctionnel, comme la rate est modelée sur un réseau sanguin.

« Vous avez démontré nettement la structure fenêtrée de la paroi des sinus veineux dans la rate, et la réalité de la communication directe du sang avec la pulpe rouge. Cette communication fait de la rate une réserve d'hématies.

« L'étude de la bourse de Fabricius chez les oiseaux vous a conduit à la conception des organes lympho-épithéliaux ; vous avez englobé le thymus dans cette synthèse et vos travaux sur la reconstitution du thymus greffé ont fourni la confirmation éclatante de vos idées.

« Les organes lymphoïdes et lympho-épithéliaux furent le point de départ de vos importantes recherches sur la radio-sensibilité cellulaire, tandis que les ébauches sanguines vous amenaient à l'embryologie des mammifères. Vous avez apporté quantité de faits intéressants sur la formation du mésoderme, du mésectoderme, du bourgeon caudal, du prolongement céphalique, de l'allantoïde, du système vasculaire.

« La connaissance parfaite de ces objets d'étude difficile vous a permis de tenter récemment, avec succès, la culture des œufs de mammifères, et ce fut dans l'esprit qui guida vos premiers travaux.

« Cultivant l'œuf du cobaye et du rat en milieu liquide *in vitro*, vous avez pu observer au microscope toutes les phases du développement, de la ligne primitive à l'achèvement de l'axe embryonnaire, avec cerveau, moelle épinière, chorde, somites. Vous avez observé, *sur le vivant et dans un flacon* à la formation du cœur, à l'apparition de ses premiers battements rythmiques, à la mise en route de la circulation sanguine. Vous m'avez un jour convié à ce spectacle inoubliable qui laisse au biologiste une profonde impression.

« Ensuite, vous avez pratiqué des expériences sur les embryons qui se développent hors de l'utérus maternel, détruisant certains territoires ovulaires, ou isolant certaines ébauches pour analyser leur devenir *in vitro*. C'est ainsi que vous venez de résoudre la question si longtemps débattue de l'origine des premiers vaisseaux.

« Ces résultats sur la culture des œufs de mammifères ouvrent la voie à un grand nombre de recherches importantes. Il est remarquable, qu'à l'heure où vous atteignez l'âge d'un repos largement mérité, vous apportiez à la science biologique une technique nouvelle qui s'annonce très fertile... »

PRENEZ
PLUTOT
un comprimé de
CORYDRANE
ACÉTYL SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
l'aspirine qui remonte
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS
PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

M. Farral annonça alors que M. Jolly demandait la parole « pour exprimer sa confusion ».

Après avoir remercié ses collègues, les organisateurs de la réunion et l'éminent artiste M. Gabriel Rispal, M. Jolly évoque des souvenirs sur son début au Collège où il eut le bonheur de connaître Berthelot, Marey, Joseph Bedier et, grâce à la générosité de Malassez et de Ranvier, de recueillir l'héritage direct de Claude Bernard.

C'est toujours, dit-il, une cérémonie un peu mélancolique que celle qui marque un trait final à la vie du travailleur. Et M. Jolly jette un regard en arrière ; il pense à ceux qui furent ses maîtres, à ceux qui l'ont précédé, à son ascendance médicale (où figure le grand Cruveilhier), au cher foyer qui fut celui de son enfance, au jardin familial où, avant d'être enthousiasmé par la biologie, il se passionnait pour l'histoire naturelle.

Et puis avec une admirable clarté — la clarté, dit-il, est la première politesse envers des auditeurs — il parle des joies que réserve le travail.

Mon vieil ami m'en voudrait de déformer sa charmante et émouvante allocution. Je note simplement au vol quelques réflexions... « Ne pas croire qu'une organisation bien faite remplacera la valeur personnelle... » puis « l'effort le plus noble est celui qui s'adresse au superflu... ».

Jolly nous avait dit aussi : « Le point que nous mettons à la fin d'un travail signifie seulement un instant de repos... »

Nous savons, M. Robert Courrier nous l'affirmait tout à l'heure, que le repos pour Jolly consistera dans la continuation de l'étude des techniques nouvelles qu'il vient d'apporter à la biologie.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Cliniques Médicales du Vendredi (première série), par M. Maurice Villaret, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. Un volume in-8° de 230 pages : 90 francs. Gaston Doin, éditeur, Paris.

Le professeur Maurice Villaret vient de réunir dans un beau volume une première série des leçons qu'il a faites le vendredi à l'Amphithéâtre Laënnec de la clinique médicale propédeutique de Broussais-La Charité. Tous ceux qui se pressaient à ces leçons dans lesquelles M. Villaret ne mettait pas seulement au point des questions connues mais exposait aussi l'ensemble de ses remarquables recherches, tous voudront relire et méditer ces pages à la fois classiques et d'actualité.

Après une leçon inaugurale ayant pour titre : l'objectivité en clinique, et opposant la méthode directe de Gilbert, dont il s'est toujours inspiré, au dogmatisme de Broussais, l'auteur envisage successivement les sujets suivants : Le diagnostic clinique des compressions médiastinales et le syndrome d'hypertension veineuse localisée du membre supérieur. — Les formes cliniques de la péritonite tuberculeuse. — La maladie amyloïde. — Mélano-sarcome du foie d'origine choroïdienne avec anascorbicurie. — La lithiase dissimulée du cholédoque. — Les polynévrites alcooliques. — Le syndrome de Maurice Raynaud. — La maladie de Paget. — L'acromégalie. — Le syndrome de Basedow chez l'homme. — Maladie d'Addison avec calcification visible des surrénales, épilepsie jacksonienne et hypoglycémie.

Cette première série aura une suite qui est assurée d'un succès certain.

F. L. S.

Message social du savant, par Rémy Collin, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. Albin Michel, Paris, 1941.

Depuis le début du xixe siècle, les applications scientifiques ont de plus en plus influé sur la structure des sociétés humaines et tenté de se substituer aux principes fondamentaux antérieurement acceptés par la civilisation occidentale. Mais le postulatum implicite qui considère l'homme comme entièrement explicable par les mêmes étalons que la substance matérielle de l'univers a eu pour dernier et fatal aboutissement la guerre, sociale, civile ou étrangère.

D'un rapide coup d'œil sur les rapports dans le passé de la science et des sociétés humaines, l'auteur conclut que l'origine de ces calamités n'est pas tant la science elle-même que les idéologies à point de départ scientifique et à prétentions scientifiques. Cherchant à dégager le véritable objet de la science pure, il arrive à le trouver dans la connaissance de la quantité et de la nature sensible, connaissance qui repose sur un substratum métaphysique mais est fondamentalement inadéquate aux réalités profondes. Ce que le savant pressent il ne peut lui donner d'expression appropriée.

La recherche quant à la véritable nature de l'homme apporte cependant, par le savant, un message et des bienfaits spirituels mais qui n'ont leur pleine bienfaisance qu'avec l'appui de la métaphysique.

La vérité scientifique n'est pour l'auteur que la découverte progressive de la pensée de Dieu inscrite dans les choses. On voit ainsi, selon le mot d'Emile Picard, « se dégager de la connaissance scientifique des idées de beauté et d'harmonie qui élèvent l'homme au-dessus d'intérêts immédiats et concourent en quelque manière au développement de la moralité ».

On trouvera dans bien des pages de cette méditation d'un savant, aux activités multiples, maint aperçu profond et réconfortant en un temps où les angoisses et les préoccupations quotidiennes semblent dénier *a priori* toute valeur et toute efficience au travail de la pensée.

R. L.

Les Influences méconnues, par le Dr Henri Bouquet (un vol. in-8 : 22 francs. Larousse, édit., Paris 1942).

« Nous avons trop volontiers coutume de considérer l'homme comme s'il était isolé dans la nature, écrit M. Bouquet, dans sa préface, nous oublions à tort qu'il est plongé dans un milieu qui influe sur lui à tout instant et des façons les plus diverses. » Ce sont là des notions sur lesquelles il faut insister.

L'observation clinique avait déjà montré leur importance à bien des auteurs. Mais depuis quelques années on attache plus d'intérêt à ces influences méconnues. Rappellerons-nous les curieuses remarques du professeur Mouriquand (de Lyon) au sujet de la réaction de ses petits malades au changement de direction du vent, comme aux variations de la température. D'autres auteurs, de plus en plus nombreux, et je n'oublie pas notre collègue Maurice Faure (de La Malou), ont depuis longtemps démontré les troubles que la température, les orages, les tremblements de terre, voire les taches du soleil peuvent produire sur les individus sains comme sur les malades. Les séries d'accidents de chemin de fer, les suicides, les crimes, les révolutions, les guerres sont à coup sûr dus bien souvent aux influences méconnues dont nous entretient M. Bouquet.

La documentation toujours sûre de l'auteur lui permet de rassembler une foule de faits curieux et peu connus. Il peut ainsi exposer avec l'autorité que tous lui reconnaissent la nouvelle orientation vraiment humaine que doit prendre l'étude de la médecine. On lira avec un intérêt sans cesse accru cet excellent livre qui est de toute actualité.

F. L. S.

Scènes de la vie médicale, par Pierre Delbet. Un vol. in-8°. Editions Denoël, Paris, 1942.

M. le professeur Delbet aurait pu se contenter d'être l'illustre chirurgien et le maître respecté que tout le monde admire. Cela ne suffisait pas à son esprit toujours à la recherche du beau et du parfait. Il était attiré par les arts, par les recherches techniques, par la littérature. Il ne pouvait se contenter d'être un amateur. C'est en maître qu'il aborda jadis la céramique et la sculpture, c'est en maître qu'il se fit auteur dramatique. Les trois pièces qu'il publie aujourd'hui n'ont rien perdu d'une actualité qui fit leur succès à la scène. Il faut les relire. Elles répondent à des préoccupations qui n'ont pas changé. Elles nous permettent aussi d'admirer une fois de plus l'élégance, la clarté et la hardiesse dont M. Delbet fit toujours preuve dans son enseignement.

F. L. S.

Saint Côme et Saint Damien, Patrons des médecins, par Mme Renée Moutard-Uldry. Une brochure de 21 pages, bois gravés de Jean Chièze. Librairie Henri Lefebvre, 25, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris, 1942.

Voici une charmante plaquette consacrée aux saints patrons des médecins : Côme et Damien. On lira avec intérêt cette parfaite étude historique, et on admirera les bois qui illustrent l'ouvrage luxueusement édité.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd. Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation no 83)

Cette RIGUEUR de préparation que vous appréciez dans
l'ENDOPANCRINE
INSULINE FRANÇAISE
vous la retrouverez dans
l'HOLOSPLÉNINE et dans l'ENDOTHYMUSINE
EXTRAIT DE RATE INJECTABLE — EXTRAIT DE THYMUS INJECTABLE
Laboratoire de l'ENDOPANCRINE, 48, rue de la Procession - Paris-XVe

DIGIBAÏNE
COMPLEXE TONI-CARDIAQUE
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE
LABORATOIRES DEGLAUDE, 15, boulevard Pasteur - PARIS-XVe



un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

OPOCERES
Reconstituant Biologique général
1 à 4 comprimés par jour

-LABORATOIRES DE L'AEROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS-8e-

LA 9ME ÉDITION DU

FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**

Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00

INJECTION SOUS-CUTANÉE de 1 centicube POUR DÉBUTER, puis 2 centicubes

BOITES DE SIX AMPOULES DE 2 cc

LYSATS VACCINS DU Dr DUCHON

GYNECO VACLYDUN

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME

Romarène

CHOLÉRÉTIQUE - STOMACHIQUE
DIURÉTIQUE — RÉGULATEUR INTESTINAL

Une à trois cuillerées à café de granulé par jour Croquer ou dissoudre dans une tisane aromatique.

LABORATOIRES BEAUFOUR DREUX (E.-&-L.)



RHUMES,
CATARRHES,
BRONCHITES,
ENROUEMENTS,
MALADIES du NEZ
GORGE & BRONCHES
MALADIES DE
LA PEAU
ETC.

SULFUREUX POUILLET

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EN BOISSON
Une mesure pour 1 verre
d'eau sulfureuse.
Échantillon sur demande.

EN BAINS
1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS
1 à 2 compr. par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS

Dyspepsie
Gastralgie
Hyperchlorhydrie

sel de hunt

laboratoire Alph. Brunot,
16, rue de boulainvilliers,
paris-xvi^e^

Viosten

Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines



Pour avoir récolte au verger, faut de bonne heure le fortifier

Deficiences organiques

Comprimés • *Injections de 1 c.c.* • *Granulés*

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19

CONSTIPATION

REEDUCATEUR
DE L'INTESTIN
AUCUNE ACCOUTUMANCE
LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN • PARIS



DOSES
et MODE D'EMPLOI
1 à 6 comprimés
par jour aux repas
ou au coucher
Commencer par deux
comprimés

95

N° 26. — 10 JUILLET 1942 115° ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, **75 fr.** Etudiants, **40 fr.** ; Etranger : 1re zone, **110 fr.**, 2e zone, **125 fr.** *Chèques postaux : Paris 538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR DEUX PLACES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES DES HÔPITAUX DE PARIS (Nomination). — Tirage au sort du jury (ordre de tirage au sort) : MM. Chatellier, Lemaître, Rouget, Moulonguet, Leroux, Aubry, Aubin. — Médecin : M. Tinel. — Chirurgien : M. Gatellier.

CONCOURS POUR TROIS PLACES D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTES DES HÔPITAUX DE PARIS (Nomination). — Tirage au sort du jury (ordre de tirage au sort) : MM. Thibonneau, Bourguignon, Lomon, Guénaux, Nadal, Ordioni, Surmon. — Médecin : M. Brulé. — Chirurgien : M. Raoul Monod.

CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS (Nomination). — Séance du jeudi 2 juillet 1942. Epreuve de consultation. MM. les Drs Poumeau-Delille : 19,90 ; Boudin : 19,81 ; Poumailloux : 19,81 ; Even : 19,81 ; Rossier : 18,36.

Séance du 4 juillet 1942. Epreuve de consultation. MM. les Drs Lereboullet : 20 ; Rambert : 19,36 ; Benoist : 20 ; Bousser : 19,81 ; Netter : 19,45 ; Brocard : 19.

Classement des candidats : MM. les Drs Lereboullet : 40 ; Benoist : 39,90 ; Even : 39,71 ; Poumailloux : 39.71 ; Bousser : 39,62 ; Poumeau-Delille, 39,44 ; Boudin : 39,17.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : MM. les Drs Jean Lereboullet, Benoist, Even, Poumailloux, Bousser.

CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS (Nomination). — Séance de médecine opératoire. MM. les Drs Offret : 20 ; Desvignes : 20 ; Morax : 19 ; Joseph : 18.

Séance du 3 juillet 1942. Epreuve clinique. MM. les Drs Morax : 2 ; Desvignes : 18 ; Joseph : 20 ; Offret : 19.

CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS (Admissibilité). — Sont déclarés admissibles : MM. Lepoivre : 66 ; Lambert :62 ; Bornet : 61 ; Hennion : 60.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX (Nomination). — Tirage au sort du jury (ordre de tirage au sort) : Stomatologistes : MM. les Drs Thibault, Fargin-Fayolle, Bozo, Houzeau, Gornouec, Raison, Marie René. Médecin : M. le Dr Lemaire ; Chirurgien : M. le Dr Banzet.

Hôpital-Hospice de Bernay (Eure). — Un concours pour une place d'interne en médecine s'ouvrira le 18 août à l'hôpital de Bernay. Inscriptions jusqu'au 28 juillet inclus (date de la poste) à la direction de l'hôpital de Bernay. Poste réservé aux français munis de 16 inscriptions. Nomination pour un an, renouvelable. Logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage, traitement mensuel 600 fr. Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital de Bernay.

Hospices civils de Caen. — Un concours pour la nomination d'un médecin titulaire aura lieu à l'hôpital de Caen, le 7 septembre 1942. Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 12 août, à 18 heures. Pour tous renseignements concernant les conditions d'admission au concours, les épreuves, le traitement, s'adresser au Secrétariat des hospices de Caen.

Faculté de Médecine de Paris. — CONCOURS DU CLINICAT. — Sont proposés : Clinique Thérapeutique Médicale : MM. Boulenger et Mozziconacci.

Clinique de la Tuberculose : MM. Genevrier, Brissaud et Lacorne.

Clinique Médicale Propédeutique : MM. Blanchard, Lecœur, Bolgert et Cornet.

Clinique Médicale Cochin : MM. Di Matteo, Marre et Rault.

Clinique Médicale Hôtel-Dieu : MM. Lajouanine et Lamotte.

Clinique Médicale Broussais : MM. de Graciansky, Mlle Lindeux, MM. Ordonnau, Plas.

Clinique des maladies infectieuses : MM. Jacquot et Lepintre.

Hygiène et Clinique de la Première Enfance : M. Pierre Grenet et Mlle Provendier.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Monnet, agrégé, chargé de la chaire de chimie générale pharmaceutique et de toxicologie est chargé du cours de pharmacie galénique.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Coutelon, agrégé pérennisé, est chargé provisoirement des cours de zoologie et parasitologie et nommé professeur sans chaire.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Piéri, agrégé, est chargé de l'enseignement de l'hydrologie thérapeutique.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Thomas, chef des travaux d'anatomie est chargé du cours d'anatomie médico-chirurgicale. M. Boularan, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédique.

La chaire de pharmacodynamie est transformée en chaire de bactériologie.

Education nationale. — L'indemnité annuelle allouée à chacun des membres de l'Institut (indemnité de droit de présence) est de 10.000 francs pour ceux d'entre ceux qui ne sont pas fonctionnaires en activité et de 5.000 francs pour ceux qui sont fonctionnaires en activité.

Cette indemnité continuera d'être répartie suivant les règlements intérieurs de chacune des académies. (*J. O.*, 1er juillet 1942).

CHANTIERS DE LA JEUNESSE. — Le *Journal Officiel* du 28 juin 1942 publie le décret n° 1988 du 22 juin 1942 relatif au *recrutement du personnel médical* des chantiers de la jeunesse.

Les emplois de médecin et pharmacien prévus sont confiés, en principe, à des médecins et pharmaciens mis à la disposition du Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale par le Corps civil de santé créé par la loi du 25 août 1940.

Provisoirement, en attendant que puissent être complets les effectifs prévus, le Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale est autorisé à recruter directement le complément de personnel médical nécessaire.

Santé publique. — INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Sauzet, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Haute-Savoie, a été nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Isère.

M. le Dr Salmon a été chargé, à titre temporaire, au maximum pour la durée des hostilités, des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Sarthe.

M. le Dr Moncenix (André), médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Ardèche, est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Isère.

Mme le Dr Claveau, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Rhône, est nommée médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Loire.

SANATORIUMS PUBLICS. — Mlle le Dr Ulrich, médecin adjoint au sanatorium de la Chapelle-des-Pots (Charente-Maritime), est nommée médecin

LENIFEDRINE

Solution Aqueuse
NON CAUSTIQUE

ÉCHANTILLONS : 26, RUE PÉTRELLE, PARIS (9e)

adjont au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise).

(*J. O.*, 1er juillet 1942.)

L'exercice de la pharmacie. — Le *Journal Officiel* du 27 juin publie le décret n° 1890 du 24 juin 1942 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 11 septembre 1941 relative à l'exercice de la pharmacie.

Le titre 1er réglemente les conditions d'exercice de la pharmacie : remplacements, inscriptions des ordonnances, délivrance des médicaments.

Le titre II porte réglementation de la publicité.

Le titre III est relatif au visa et au contrôle des spécialités pharmaceutiques.

Les titres IV et V concernent les inspecteurs de pharmacies et l'inspection des pharmaciens.

Exercice de la Médecine. — Le *Journal Officiel* du 27 juin publie une nouvelle liste de praticiens interdits, et une deuxième liste de praticiens relevés de l'interdiction.

Profession dentaire. — Un décret n° 1631 du 5 juin 1942, paru au *Journal Officiel* du 11 juin réglemente, en ce qui concerne les juifs, la profession dentaire.

Comité consultatif d'hygiène. — Par arrêté du 2 juillet 1942, M. le Dr Dujarric de La Rivière, secrétaire général de l'Institut Pasteur, est nommé membre du Comité consultatif d'hygiène de France (section des laboratoires : sérums et vaccins).

Médaille militaire. — *A titre posthume* : médecin auxiliaire Crapez (Jean-Gustave-Gaston), du 90e R. I., a été cité. (*J. O.*, 11 juin.)

Médaille d'honneur pour actes de courage et de dévouement. — *Médaille de vermeil* : Dr Lerey, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis de Boulogne (Pas-de-Calais).

Médaille d'argent de 1re classe : Dr Bezançon, médecin d'un poste sanitaire (Seine).

Le Comité sanitaire de la Région parisienne, dans sa séance du 23 juin 1942, présidée par M. Pierre Alexandre, a décidé que les séances auront lieu les deuxième et troisième mardi de chaque mois, s'est ajourné au mois d'octobre 1942, et a élu à l'unanimité à la présidence de la section de médecine, le Dr Maurice Delort, en remplacement du Dr Georges Boyé, décédé.

La ligue française contre le cancer a tenu, il y a quelques jours, son assemblée annuelle sous la présidence d'honneur du Dr Grasset, Secrétaire d'Etat à la Santé et la présidence de M. le professeur Hartmann.

Voir la suite des Informations page 306

Ordre national des Médecins

Conférence de presse du 2 juillet 1942

Retraite des médecins. — Dans sa dernière conférence du 18 mai (voir *Gaz. Hôp.* n° 22, 23 mai 1942, p. 241), M. le Professeur Leriche, président du Conseil supérieur et M. le Dr Laurent, secrétaire général, avaient annoncé le dépôt au Ministère de la Santé publique du projet de loi rendant obligatoire la cotisation pour la retraite des médecins.

Dans la réunion du 2 juillet, M. le Dr Laurent, secrétaire général, a apporté quelques *précisions nouvelles* à ce sujet.

La retraite sera facultative à partir de 65 ans. Le chiffre de la pension de retraite sera bas, au départ, cela se conçoit. Nous ne pouvons pas indiquer son chiffre exact, il est vraisemblable qu'il serait d'une dizaine de mille francs au début. La moitié de la retraite sera réversible sur la veuve. Une prime de 25.000 francs est prévue en cas de décès du médecin, de plus, chaque enfant mineur touchera 2.400 francs par an jusqu'à sa majorité.

En cas d'invalidité totale, le médecin aura droit au montant de la retraite. En cas de maladie, il touchera 50 francs par jour du 15e au 90e jour. Pour l'obtention de ces avantages, le montant de la cotisation obligatoire serait environ de 3.000 francs par an.

En réponse à une question, M. Laurent précise que les médecins âgés actuellement de plus de 65 ans auront droit à la retraite à partir du moment où ils auront commencé à cotiser. On envisage que les médecins ayant atteint cet âge représenteront trois catégories :

1° Les médecins aisés qui renonceront à toucher leur retraite et en abandonneront le montant à l'œuvre de prévoyance ;

2° Les médecins dans une situation moyenne qui voudront participer à cette œuvre tout en touchant la pension. Ils pourraient, par exemple, verser 30.000 francs pour obtenir une rente viagère de 10.000 francs ;

3° Enfin les confrères moins favorisés toucheraient intégralement le montant de la retraite.

Recettes assurant la trésorerie. — Le Conseil supérieur estime que les médecins doivent constituer eux-mêmes leur retraite, sans avoir recours, comme on l'a proposé, à un impôt sur les spécialistes. Il a demandé la création du timbre pour les certificats médicaux. Ajoutons que le Ministère des Finances soulève à ce sujet quelques difficultés.

Questions diverses.

Sages-femmes. — Le Conseil a présenté aux ministères intéressés un projet de réorganisation de la profession de sage-femme.

Le contrôle médical de la jeunesse est l'objet d'un autre projet. Ce contrôle s'exercerait depuis la période prénatale jusqu'à l'âge de 18 ans.

Documentation. — En octobre 1942 fonctionnera au Conseil supérieur un office de documentation médicale. Cet office signalera les postes intéressants, il s'occupera des remplacements, mais ne s'occupera pas des cessions de cabinets.

Commission dite de secours. — Cette commission comprendra deux membres de l'A. G., un membre de la F. E. M., un membre de Médecine et Famille, un membre du Sou médical, etc., car cette liste provisoire n'est pas limitative.

Vélomoteurs. — Sur près de 3.000 demandes, le Conseil n'a pu en satisfaire que 1.200.

Gaz buthane. — Des dérogations sont prévues en faveur des médecins pour leurs besoins professionnels.

Charbon. — Les médecins pourront vraisemblablement toucher pendant les cinq mois d'hiver 100 kilos par mois en plus de la quantité allouée normalement à leur ménage.

Patente. — La loi de finances de 1943, qui sera publiée à la fin de 1942, envisage une diminution de la patente, en particulier pour les médecins âgés.

Médecins étrangers interdits. — Le Conseil n'a pas cessé de suivre cette question, comme en font foi les listes publiées au *Journal Officiel*.

Ordre des Médecins

Compte rendu de la réunion du 28 juin 1942 de la Commission Régionale et du Comité de Coordination

La Commission Régionale de l'Ordre des Médecins de la Région sanitaire de Paris et le Comité de Coordination des Conseils de l'Ordre de la Région parisienne se sont réunis, le 28 juin 1942, à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

L'application de la Charte du travail et ses répercussions sur l'exercice de la médecine ont fait l'objet d'un ample débat dont les conclusions ont été les suivantes : Consciente de ses devoirs sociaux, la Corporation médicale représentée par l'Ordre est toute disposée à offrir sa collaboration la plus active pour toutes les réalisations médico-sociales envisagées par les autres Corporations et par leurs Comités sociaux. Ainsi que cela a été fait pour l'application de la loi sur les Assurances sociales, le Corps médical demande que l'organisation des services médicaux créés par les Corporations soit réglée en accord avec l'Ordre des Médecins et par le moyen de conventions analogues à celles prévues par la loi des Assurances sociales. La Commission Régionale est pour sa part décidée à s'opposer à toute organisation de soins créée sans l'accord des Conseils départementaux de l'Ordre et qui ne respecteraient pas les principes auxquels le Corps médical est traditionnellement attaché ; elle engage les Conseils départementaux à déférer devant leur juridiction les médecins qui isolément ou en groupes croiraient devoir s'entendre directement avec les Corporations pour créer des organisations de soins en dehors des règles établies par l'Ordre.

Incidemment la Commission Régionale et le Comité de Coordination ont été mis au courant des projets de remaniement de la loi du 7 octobre 1940 sur l'Ordre des Médecins. Après discussion, ils ont à l'unanimité des membres présents voté un texte traduisant l'émotion du Corps médical en présence de ces projets de refonte qui, par la création envisagée d'organismes corporatifs indépendants de l'Ordre, risqueraient d'entraîner des conflits d'attributions et partant le désordre, la désunion et l'impuissance.

La médecine d'usine a fait d'autre part l'objet d'un débat à l'issue duquel a été rédigé un contrat-type pour les médecins chargés d'un service médico-social d'usine. Ce contrat prévoit notamment que le médecin d'usine ne doit pas donner de soins, hormis le cas d'urgence.

Enfin la Commission Régionale et le Comité de Coordination ont discuté un grand nombre de questions parmi lesquelles celles relatives aux Assurances sociales agricoles, aux assurés assistés (article 19), au contrôle technique en matière d'assurances sociales, à l'assistance médicale gratuite, aux dispensaires, aux nominations des chefs de service dans les hôpitaux de la région parisienne, autres que l'A. P., etc...

Institut catholique d'Infirmières diplômées
85, rue de Sèvres, Paris
Téléphone : LITtré 59-80
INFIRMIÈRES DIPLOMÉES
GARDES-MALADES
SAGES-FEMMES ET RELIGIEUSES
Prix : de 60 à 120 fr. par jour
Connaissances techniques supérieures
Qualités morales assurées
L'Institut n'a jamais fermé malgré la guerre

Adjud. Etude Me **Barillot**, notaire à Paris, 4, rue de Berri, le 22 juillet 1942, à 14 h. 30,
PHARMACIE SCOTT 348, rue Saint-Honoré
Mise à prix (pouv. être b.) : 1.400.000 fr. Cons. : 500.000 fr. S'adr. à M. **Wascat**, liquid. de Soc., à Paris, 6, r. de Ponthieu, et au not. — 2421.

Médecin, ancien interne, mutilé de guerre 1914-1918, sinistré de guerre 1940, ayant perdu instrumentation, mobilier et clientèle, cherche un poste fixe dans un laboratoire. Ecrire Office Central de Documentation, 116, boulevard Raspail, qui transmettra.

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE



Percortène

NOM DÉPOSÉ

ACÉTATE DE DÉSOXYCORTICOSTÉRONE **CIBA**

HORMONE CORTICO-SURRÉNALE

Addisonisme

Insuffisances surrénales

Asthénies

◆

AMPOULES

de 1 cc. à 2 mgr., à 5 mgr. et à 10 mgr.

◆

LABORATOIRES **CIBA** - Dr P. DENOYEL

103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON

Contre Toutes les Algies quelles qu'elles soient

NÉATOL-SUJAL



2 à 4 Cachets par vingt-quatre heures

A prendre avant les principaux repas

Tolérance parfaite

Dans les

Algies Rhumatismales et Goutteuses

en plus de son *action calmante presque immédiate*, NÉATOL-SUJAL exerce une intéressante *action éliminatrice* (Semence de Colchique, Nitrate de Potassium, Carbonate de Lithium).

LABORATOIRE SUJAL, CHATEAUROUX (Indre)

J. LAFARGE, Dr en Pharmacie

Zone occupée : 60, Faub. Poissonnière, PARIS (Xe)

ORGANOTHÉRAPIE

ET

CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE

PLEXALGINE

LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE

ET VAGO - SYMPATHIQUE

SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF

51, rue Nicolo - PARIS-XVIe



Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)



FLUXINE
Gouttes et Dragées



Indications cliniques du
stovarsol
Acide 4 oxy-3 acétylaminophényl-1 arsinique
en pathologie intestinale
Parasitoses AMIBIASE · LAMBLIASE
SPIRILLOSES
Entérites INFECTIEUSES
TUBERCULEUSES
TOXI-ALIMENTAIRES
ENTÉROCÔLITES
CRYPTOGÉNÉTIQUES
CÔLITES CHRONIQUES·AIGUËS
SPECIA SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques Poulenc Frères et Usines du Rhône
21 RUE JEAN GOUJON · PARIS 8e

AMPOULES DE
2 centic.
5 centic.
10 centic.
CALCIUM
POUR INJECTIONS ENDOVEINEUSES
ET INTRAMUSCULAIRES INDOLORES
CORBIÈRE
GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %
LABORATOIRE CORBIÈRE, 27, RUE DESRENAUDES _ PARIS

SUR CERTAINS TROUBLES PSYCHO-MOTEURS DU VIEILLARD

LE SYNDROME DE LA CATALEPSIE SÉNILE

Par M. J. Lhermitte, *membre de l'Académie de Médecine*
et M. Hecaen

Tous les observateurs des asiles de vieillesse ont remarqué l'extrême fréquence des perturbations de la motilité dont l'homme avancé en âge est frappé. Mais à côté des syndromes moteurs que l'on peut rattacher qui, au système pyramidal, qui, au système cérébelleux, qui, encore, à l'adultération des corps striés ou de la couche optique, il en est d'autres et d'une variété différente en ce qu'il ne s'agit plus de la dissolution d'une fonction purement neurologique mais bien de la désintégration de certaines activités dans lesquelles le psychisme se montre plus ou moins profondément engagé. Les phénomènes que nous avons en vue ne peuvent donc être que plus complexes que les premiers puisqu'ils comprennent, soudées l'une à l'autre, une face neurologique et une face psychiatrique. Est-ce pour cette raison ou pour telle autre que l'on peut imaginer, une chose est sûre, les désordres psycho-moteurs que nous visons ont retenu beaucoup moins l'attention que les troubles qui sont la résultante de la désorganisation des appareils destinés au développement de la motricité et à sa coordination.

Ainsi qu'il est aisé de se l'imaginer, *a priori*, les perturbations psycho-motrices qui accidentent la vie du vieillard ne répondent pas à une formule simple ; aussi devons-nous présenter les faits en les groupant sous des chefs distincts, en nous réservant ensuite de montrer de quelle manière l'état mental des malades correspond aux perturbations motrices que nous avons étudiées.

Les troubles de la dénervation. — Rien n'est plus commun que d'observer chez l'homme âgé, mais encore valide la difficulté du relâchement musculaire tel que l'exige, par exemple, la recherche des réflexes tendineux ou l'examen des articulations. Dès que l'on saisit un membre celui-ci se fige dans une attitude par la contraction massive des agonistes et des antagonistes. Parfois, l'augmentation du tonus statique apparaît moins éclatante, le membre peut être soumis à des inflexions diverses mais l'on éprouve une raideur particulière laquelle se différencie très nettement à la fois de l'hypertonie parkinsonienne et de la spasticité pyramidale. Fait remarquable, cette difficulté de la détente musculaire, que E. Dupré avait déjà observée dans la débilité motrice, cède soudain ; le membre devient souple et se prête le mieux du monde à toutes les attitudes passives. On le voit, ce trouble de la dénervation musculaire doit être distingué de cette perturbation motrice que l'on observe à la suite des lésions préfrontales et où l'impossibilité de la dénervation musculaire se manifeste lorsque le sujet veut relâcher, par exemple, ses doigts crispés sur un objet.

L'oppositionnisme. — Comme cette expression que nous proposons l'indique, il s'agit ici des contractions musculaires qui se développent dans les antagonistes du mouvement passif que sollicite la main de l'observateur. Désire-t-on fléchir la jambe sur la cuisse ? L'on voit se dessiner vigoureusement les reliefs du quadriceps ; étendre la jambe fléchie, les muscles postérieurs de la cuisse étirent leurs tendons qui font saillie sous la peau. De même que pour le phénomène précédent dont il n'est au reste que l'accentuation, cet oppositionnisme donne l'impression d'être volontaire et parfaitement imitable, car il cesse soudain pour rendre au membre exploré toute sa souplesse et sa docilité. Ajoutons, enfin, que sur des objurgations vigoureuses cette contraction oppositionniste peut céder tout d'un coup, à l'exemple de celle qu'a étudiée Baruk dans la catatonie.

Cet oppositionnisme qui n'a de volontaire que l'apparence peut être mis en évidence sur le membre supérieur par deux manœuvres : la première consiste à prendre la main du sujet et à faire exécuter à l'avant-bras des mouvements saccadés de flexion et d'extension. On remarque rapidement la contraction du long supinateur, des radiaux, du brachial antérieur et du biceps. Plus démonstrative encore, la deuxième manœuvre s'exécute en déterminant avec les doigts demi-fléchis des excitations sur la paume du malade, après quelque retard la main du patient se fléchit, ses doigts s'incurvent vers la paume et accrochent les doigts de l'observateur d'autant plus vigoureusement que la pression de celui-ci se montre plus énergique.

La catalepsie. — Rien n'est plus banal que d'observer la conservation quasi indéfinie des attitudes passives ou même actives chez le vieillard ; la fréquence de l'oreiller ou du coussin psychique en est déjà un témoignage. Mais il y a bien davantage, et l'on peut imposer à nombre de sujets âgés le maintien très prolongé des membres supérieurs ou inférieurs en des attitudes parfois très inconfortables. Mais si l'on veut étudier avec profit le phénomène de la catalepsie, il importe d'en distinguer, avec Kleist, plusieurs variétés. La première tient dans la flexibilité cireuse des membres, liée à l'augmentation du tonus plastique, la seconde consiste dans l'exaltation des réflexes de posture, c'est-à-dire dans l'exagération de la contraction myotatique, enfin la dernière variété se caractérise par une immobilisation dépouillée de toute rigidité.

Or, qu'avons-nous observé chez nos vieillards ? Ceci qu'un très grand nombre présentent un renforcement remarquable des réflexes myotatiques et offrent des réflexes de posture particulièrement durables. Mais ceux-ci se spécifient par des caractères un peu particuliers : ils cèdent soudain, brusquement, et sont accompagnés fréquemment par une anticipation du mouvement passif ou une collaboration du patient au mouvement que sollicite l'observateur.

C'est dire que le deuxième type de catalepsie décrit par Kleist apparaît fort commun. Il en est de même de la *flexibilitas cerea* où l'on voit le tonus plastique exalté rendre possible le maintien d'attitudes inaccoutumées et, en apparence, sans le moindre effort, ainsi que sans accompagnement de fatigue. Au contraire, l'on ne rencontre guère cette modalité de catalepsie assez commune chez l'encéphalitique où fait défaut toute exaltation du tonus musculaire.

Si l'on veut soumettre à l'analyse la catalepsie, il importe d'éviter l'influence de la suggestion ; aussi convient-il d'attirer l'attention du sujet vers une autre région que celle du membre sur lequel on expérimente, ou encore de dériver le courant de sa pensée vers un autre objet. Il est aisé, par exemple, de prendre le pouls et après avoir soulevé le bras, de l'abandonner à lui-même pour observer que le membre demeure indéfiniment dans l'attitude qui lui a été imposée. Soulève-t-on au-dessus du lit un membre inférieur, le malade ne modifie pas son attitude. Que se passe-t-il si l'on demande au patient immobilisé en catalepsie de faire un mouvement déterminé, de vous serrer la main, par exemple ? S'il s'agit d'un simple affaibli psychique la main abandonne sa position et vous est tendue ; au contraire, le dément garde l'attitude cataleptique et offre la main libre. Fait plus curieux encore, si l'on demande au patient pourquoi il a maintenu une pareille attitude, celui-ci regarde son membre immobilisé avec étonnement, comme s'il se heurtait à quelque difficulté pour l'identifier et l'intégrer dans sa personnalité, puis après un certain temps, le membre reprend sa place sur la couche. Les patients atteints de décadence sénile simple rectifient, au contraire rapidement, l'anormale position de leurs membres.

Remarquons que l'asynergie cérébelleuse, ni le tremblement cinétique n'entraînent la disparition de la catalepsie.

Comme nous l'avons indiqué, les attitudes posturales offrent dans les cas que nous avons en vue des caractères assez particuliers qui autorisent à les distinguer des réflexes posturaux tels qu'on les observe chez les parkinsoniens ; aussi avons-nous cherché à nous rendre compte de l'influence de la scopolamine sur les attitudes posturales et la catalepsie de nos vieillards. Or, dans aucun cas l'injection de scopolamine n'a atténué la durée ou l'intensité de la catalepsie.

Il semble donc que le syndrome que nous décrivons ne peut s'inscrire dans le même cadre que celui qui circonscrit les complexes cliniques liés aux dégénérations striées. Bien d'autres oppositions, d'ailleurs, viennent renforcer ce contraste : le caractère du tonus d'attitude qui, contrairement à l'hypertonie striée, cède brusquement pour reparaître après une nouvelle incitation, et s'exalte aussi sous la poussée des mouvements passifs même doucement exécutés ; de plus, nos sujets n'offrent ni l'amimie, ni l'aspontanéité, ni l'acinésie, ni la rigidité générale des parkinsoniens, leur démarche est différente, de même que le ton de leur voix, enfin jamais il ne nous a été donné de relever la palilalie, la festination de la parole ou de la marche.

Tant par la variabilité de ses expressions que par l'influence manifeste qu'exercent les variations de l'état mental le syndrome que nous décrivons se sépare radicalement des syndromes si communément rencontrés chez le vieillard, et dont la cause est à chercher dans des lacunes de désintégration ou les dégénérations abiotrophiques des corps striés.

L'état psychique. — Chez les vingt malades que nous avons retenus, l'état mental s'est constamment montré altéré ; mais l'intensité, la profondeur des déficits nous ont paru soumises aux plus grandes variations. Certains de nos patients abordaient la déchéance sénile tandis que d'autres y avaient sombré depuis longtemps sans pour cela que la catalepsie ait revêtu chez les uns et chez les autres une expression différente. Parfois l'affaiblissement psychique se montrait assez léger pour que nous ayons dû recourir à des tests pour objectiver la diminution de la mémoire, de l'attention, du jugement, de la critique. Dans l'ensemble, l'on peut accorder que la mémoire apparaît fortement atteinte, tant pour la fixation que pour l'évocation des souvenirs, que cette amnésie soit compensée ou non par une fabulation généralement pauvre et parfois incohérente. Dans aucun cas, nous n'avons remarqué cette adhérence de l'esprit à l'idée, cette plasticité visqueuse de la pensée qui apparaît parfois très saisissante chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. Ce qui est, d'autre part, constant, c'est l'anéantissement de l'activité pragmatique de nos cataleptiques ; aucun d'entre eux n'aurait été en état de vivre seul, sans aide.

Pathogénie. — Sans doute, le problème que posent les troubles psycho-moteurs dont nous venons de donner une esquisse recèle trop de difficultés et d'inconnu pour que nous songions à en proposer une solution même approchée, qu'il nous soit permis cependant d'en exposer les fondements.

Comme on le sait, bien des hypothèses ont été imaginées et proposées dans le but d'expliquer le mécanisme qui sous-tend la catalepsie depuis l'époque (1878) où Sveltin faisait dépendre ce syndrome d'une stabilité plus grande des molécules cérébrales. L'espace nous manque pour en rappeler même l'essentiel. Disons seulement que ces théories répondent à deux tendances opposées ; selon la première, défendue d'abord par Roller (1884), Lehmann, Stransky, Lindborg, la catalepsie répond à une modification pathologique de certaines régions de l'encéphale, que ce soit la corticalité cérébrale, les corps striés ou le cervelet ; selon la seconde, le fondement de la conservation indéfinie des attitudes serait à chercher dans les altérations du psychisme.

En réalité, ici, comme pour tant d'autres syndromes neuro-psychiatriques, une attitude intransigeante n'est pas de mise ; et si l'expression

motrice du syndrome apparaît la plus significative et la plus apparente, gardons-nous de la considérer comme exclusive. Ainsi que l'a fort bien marqué K. Kleist, si, dans les troubles psycho-moteurs, la désorganisation de la machine motrice (die Motorik) se montre au premier plan, il n'en reste pas moins que cette désorganisation affecte également le psychisme, de telle sorte que le trouble de l'un retentit sur l'autre et réciproquement.

Notre analyse donne-t-elle quelque appui à la thèse de la psychomotricité envisagée comme une fonction à double face : neurologique ou psychologique ? Nous nous croyons autorisés à le penser. En effet, nous avons déjà fait observer que plusieurs sujets semblent avoir oublié leur membre cataleptique et que certains même éprouvent une surprise à le retrouver et une difficulté à l'identifier. N'y aurait-il pas là un phénomène dont la signification s'éclairerait par la notion nouvelle de l'image corporelle dont l'un de nous (Lhermitte) a poursuivi l'analyse ? A cette question nous avons cherché réponse en interrogeant nos sujets. Et nous avons observé que quelques cataleptiques retrouvaient difficilement leur membre immobilisé dans une attitude immuable, les yeux clos, et que d'autres même étaient obligés de le palper longuement pour l'assimiler à leur personne physique.

Il y a plus encore, non seulement le cataleptique ne possède qu'une notion confuse de la situation dans laquelle se trouve son bras ou sa jambe, mais il a perdu parfois l'orientation droite-gauche. Nous pouvons aussi prendre un exemple saisissant dans la thèse de Mlle Rousset (Strasbourg) où l'on voit une malade démente artériopathique atteinte de dysfonction motrice du côté gauche surtout considérer, à certains moments, sa main gauche comme étrangère. Mais si la dissolution partielle et incomplète de l'image corporelle peut, chez certains cataleptiques, rendre compte de l'oubli de l'attitude imposée à un membre, de toute évidence cette interprétation ne doit pas être proposée pour tous les faits.

Il est une autre question que nous nous sommes posée après d'autres : savoir dans quelle mesure la suggestion n'intervenait pas dans le déterminisme de la catalepsie des séniles. Le problème mérite d'autant plus d'être discuté que maints de nos sujets se montraient approbatifs, plastiques et même suggestibles. C'est dans le but précisément d'éviter toute influence de la suggestion que nous avons pratiqué l'étude de la catalepsie en nous plaçant dans des conditions particulières. Or, mis à part un malade, jamais aucun de nos patients ne nous a avoué qu'il maintenait ses membres dans une attitude imposée parce qu'il lui semblait sous l'emprise de notre volonté.

Une malade légèrement affaiblie nous a bien confessé garder les attitudes pour répondre à notre désir, mais lorsque nous l'eûmes détrompée, elle n'en reprit pas moins le même comportement moteur. Enfin chez un dément sénile, très approbatif et suggestible, nous avons tenté de faire intervenir le mécanisme de la suggestion pour déclencher la catalepsie mais nous avons complètement échoué.

Ainsi donc, les troubles psycho-moteurs, dont nous avons esquissé les traits principaux, comportent un double mécanisme psychologique et neurologique. Mais, contrairement à d'autres, nous ne pensons pas que les lésions cérébrales qui les conditionnent puissent être localisées. Ainsi donc, nous ne pouvons nous ranger à l'opinion que défend Kleist. D'autre part, étant donné la réduction des fonctions psychiques, si l'on nous demandait de décider si, dans les cas de ce genre, il s'agit de dissolution générale ou de dissolutions locales, nous accorderions que les deux modalités, ici, se trouvent conjointes et que la dissolution générale a favorisé l'incidence des dissolutions locales de la fonction de la motilité.

ROLE DE L'INFECTION ET DES SULFAMIDES A DOSES MASSIVES DANS LA MALADIE POST-OPÉRATOIRE

La maladie opératoire est souvent une infection post-opératoire

par J. Courtois

accoucheur en chef de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Nos études prolongées sur l'action de la sulfamidothérapie (2) d'une part, sur la maladie post-opératoire (1) d'autre part, nous ont, de plus en plus, convaincus — contrairement à des idées nouvelles qui tendent à se répandre actuellement — que les complications fébriles des suites d'intervention chirurgicale sont d'origine infectieuse principale.

Laissons de côté les chocs et collapsus immédiats, apyrétiques, d'origine réflexe ou toxique ; les complications fébriles sont, quelquefois, des infections pulmonaires avec ou sans thromboses, des hépatonéphrites, des infections phlébitiques avec ou sans thromboses. Mais, le plus souvent, les complications pyrétiques aiguës rapidement mortelles sont des infections brutales telles que des septicémies foudroyantes ou des péritonites suraiguës. L'organisme sidéré se défend mal, un tableau de collapsus, de choc, se constitue ; il est dû à la résorption des substances acides toxiques du métabolisme intermédiaire que l'infection masssive produit par désintégration des tissus lésés et détruits par les microbes.

L'intoxication par les substances détruites (polypeptides, acides aminés, corps ammoniacaux, urée, acides gras, acide lactique, acide urique, etc.) ne doit pas être prise pour la cause mais pour la conséquence de la maladie post-opératoire qui est bien infectieuse.

Ces infections suraiguës se voient surtout dans le post-partum, le post-abortum et dans les suites opératoires de myomectomies particulièrement (les fibromes étant singulièrement redoutables).

Il faut dépister tôt ces septicémies, ces péritonites foudroyantes, vite mortelles, en quelques heures. Leur symptomatologie est fruste, trompeuse et il faut intervenir aux premiers signes. Le doute entraîne la boutonnière exploratrice. A ces conditions, de très grands progrès sont réalisés.

Les signes de la *septicémie foudroyante* sont : lucidité, euphorie, agitation, angoisse, folle polypnée, soif intense, pouls et température aggravés d'heure en heure, mort en deux jours. L'hémoculture est positive au streptocoque.

Quand il s'agit de perfringens, il s'ajoute des nausées, de la diarrhée, un ictère effrayant avec cyanose, des plaques cuivrées de lymphangite et des ecchymoses. Céphalée et prostration, avec ou sans délire, avec ou sans syndrome méningitique, sont intenses comme dans les colibacillémies (où manquent les plaques de lymphangite et le syndrome purpurique).

Les staphylococcémies se compliquent d'embolies cutanées, d'endocardite, de suppurations articulaires, pulmonaires, périrénales.

Les *péritonites suraiguës* (3) sont encore plus fréquentes : il faut toujours les rechercher systématiquement. C'est de péritonites suraiguës que meurent les opérées de fibrome qui paraissent choquées, saignées (3 *bis*).

Les signes sont : l'altération du facies, de l'état général, du pouls qui devient vite misérable. La température monte, le pouls s'accélère sans cesse, la femme souffre de douleurs diffuses de l'abdomen ; une diarrhée profuse peut apparaître. Les signes habituels de péritonite manquent. La mort survient parfois en 24 heures. Dès le premier doute, dans les premières heures, laparotomie exploratrice. Elle donne issue à du bouillon sale, où cultivent en abondance des germes très virulents. Vastes drainages par plusieurs Mickulicz avec drain central et abandon de 50 grammes de poudre de sulfamides dans le ventre. Cette dose totale sera résorbée en 60 heures. Il faudra donc peu à peu faire en parallèle des injections parentérales de sulfamides. Dans ces cas graves où on ne dispose que de 24 à 48 heures de vie, nous avons fait en cet intervalle les doses maxima d'un traitement sulfamidé appliqué habituellement au cours d'une cure de plusieurs jours, soit de 25 grammes à 45 grammes. Il n'y a aucun intérêt à dépasser ces doses, ni à prolonger le traitement au delà des 2 ou 3 premiers jours après l'intervention. Et les péritonites guérissent alors miraculeusement. Pour les infections à anaérobies, une dose de 12 grammes à 15 grammes par 24 heures est un minimum indispensable par voie parentérale. Plus aggraverait l'ictère.

La pratique de la sulfamidothérapie nous a donc confirmé dans la notion que la *maladie opératoire* était *très souvent* une *infection grave* que les sulfamides, avec drainage dans les péritonites, guérissaient, montrant ainsi leur puissance d'action aux doses massives et l'étiologie infectieuse de la maladie opératoire. Il est paradoxal de voir guérir par des doses élevées d'un médicament (qu'on pourrait croire toxique aux hautes doses), un syndrome qui passe souvent à tort pour toxique ou réflexe. Nous sommes heureux d'avoir été des premiers à employer les sulfamides dans le péritoine (2 *bis*), dans les péritonites (2 *ter*), et à doses massives, et d'avoir ainsi guéri des « maladies post-opératoires » au-dessus des ressources habituelles.

BIBLIOGRAPHIE

1) Suites opératoires :
J. Courtois : *Semaine Médicale Pratique*, 1er juin 1936.
Progrès Médical, 13 mars 1937.
La Gynécologie, avril 1939 et octobre 1936.
Concours Médical, 15 mars 1936.
Bulletin Médical, 9 janvier 1937 (en coll. avec Larget, Lamare et Lecoq).
Journal des Praticiens, 26 mars 1938 ; 24 septembre 1938 ; 16 octobre 1937.
Gazette des Hôpitaux, 26 avril 1941 (en coll. avec Philippe).

2) Sulfamides :
J. Courtois : *Journal des Praticiens*, 10 octobre 1936 ; 10 novembre 1937 ; 2 juillet 1938 ; 11 mars 1939 ; 25 mai 1940 ; 1er juin 1940 ; 29 mars 1941 ; 18 octobre 1941 ; 10 février 1942.
Bulletin Médical, 8 novembre 1941.

2 *bis*) *Sulfamides intrapéritonéales :*
J. Courtois : 10 novembre 1937, 26 mars 1938, 11 mars 1939, *Journal des Praticiens.*

2 *ter*) *Sulfamides dans les péritonites aiguës :*
J. Courtois : 11 mars 1939, 29 mars 1941, *Journal des Praticiens.* 26 novembre 1938, *Bull. Soc. Méd. de Paris.*

3) Péritonites aigues généralisées :
J. Courtois : *Bulletin mensuel du Syndicat Médical de Seine-et-Oise*, novembre 1936.
Revue Path. Comp. et Hyg. gén., septembre 1935.
Journal des Praticiens, 11 avril 1936 ; 13 novembre 1937 ; 1er avril 1939 ; 15 mars 1941 ; 24 janvier 1942.
Bulletin Soc. Méd. de Paris, 26 novembre 1938.

3 *bis*) *Après césariennes :*
J. Courtois et Philippe : *Gazette des Hôpitaux*, 26 avril 1941, p. 330.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 30 juin 1942

Rapport au nom de la commission du lait. — M. Ribadeau-Dumas apporte des conclusions fortement motivées. Il demande au nom de la commission :

1° La mise en application rigoureuse de l'article 4 du décret du 24 janvier 1934 relatif au lait des animaux tuberculeux ;

2° La protection des laits pasteurisés par un prix de vente rémunérateur ;

3° La fixation des procédés valables de pasteurisation portant déclaration obligatoire du procédé utilisé ;

4° L'obligation de réfrigération du lait pasteurisé au-dessous de — 6° et le maintien ultérieur au-dessous de — 12° dans tous les cas et sur la nécessité de limiter le délai de vente à 48 heures ;

5° La rédaction d'un cahier de charges commun à tous les producteurs ;

6° La création d'un établissement de recherches expérimentales ;

7° L'institution d'un service de contrôle ;

8° Enfin, ces propositions devront être applicables à toute la France.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Une série d'intoxications par l'arséniate de plomb. — M. Perrot. — Plusieurs cas d'intoxication par du pain fabriqué avec une farine additionnée, on ne sait comment, avec de l'arséniate de plomb, ont été signalés dans l'Oise et dans les Côtes-du-Nord (250 cas dont un mortel).

M. Perrot estime que l'Académie de Médecine doit reprendre le vœu émis en 1909 sur le rapport de M. Moureu, visant la suppression totale des arsenicaux en agriculture. Il faudrait compléter ce vœu par des mesures législatives. Il y a lieu d'organiser une surveillance effective du stockage, des manipulations et de la vente des insecticides toxiques, notamment des arsenicaux, des sels de baryum, du phosphore, des fluorures et fluosilicates, etc., dont la détention est aujourd'hui permise à n'importe qui, *sans aucun égard pour la santé publique*. Comme pour tous les toxiques employés par les médecins ou vétérinaires, les mêmes mesures législatives de précaution s'imposent sous la surveillance des pharmaciens, seuls habilités par la loi. Ceci serait d'autant plus logique que les pharmaciens de la campagne peuvent aujourd'hui acquérir, par un complément d'études pratiques, un certificat de *phytopharmacie* que délivrent déjà la majorité des Facultés et Ecoles.

De plus, certains toxiques, comme les arsenicaux peuvent être remplacés par des substances non nocives, comme les *poudres* et *extraits roténonés* et *pyréthrinés* ; or, le pyrèthre insecticide peut parfaitement croître sur notre sol. En supprimant la cause d'empoisonnements graves, la France qui a produit encore, en 1941, environ 300 tonnes de fleurs de pyrèthre pourrait étendre cette culture sans limites et ne serait plus tributaire de l'étranger, comme c'est le cas pour les plantes à roténone.

L'importance des sclérodermies dans plusieurs syndromes génitaux et fréquence des complexes. — M. Gougerot résume plusieurs observations montrant que la sclérodermie est une des causes méconnues et importantes de plusieurs syndromes génitaux : balanites atrophiantes et atrésiantes, kraurosis pénis, kraurosis vulvæ (des jeunes filles et des jeunes femmes), leucokératoses et soi-disant leucoplasies génitales. Il insiste sur l'association de plusieurs lésions réalisant des complexes à formes multiples : sclérodermies et scléroses, atrophies phimosis et atrésies du méat, balanites inflammatoires et pyodermites ulcéreuses et végétantes, leucokératoses et dégénérescences néoplasiques, d'où de grandes difficultés diagnostiques et thérapeutiques nécessitant un traitement en échelon.

Election de deux correspondants nationaux dans la IVe division (sciences biologiques, physiques et naturelles).

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne : MM. Roche (de Marseille) et Vles (de Strasbourg) ; en deuxième ligne exæquo et par ordre alphabétique : MM. Hermann (de Lyon), Lisbonne (de Montpellier), Lucien (de Nancy), Mandoul (de Bordeaux) et Turchini (de Montpellier).

M. Roche a été élu par 60 voix sur 65 votants. M. Vles par 61 voix sur 65 votants.

Séance du 7 juillet 1942

Vœux. — Sur la proposition faite par M. Perrot au nom de la Commission des *Arsenicaux*, l'Académie adopte un vœu demandant une plus sévère surveillance des produits arsenicaux employés dans l'agriculture, la dénaturation de ces produits et leur remplacement par des produits non dangereux.

Sur la proposition de M. Balthazard l'Académie attire l'attention des pouvoirs publics sur le manque actuel de *pilocarpine*. Elle émet le vœu qu'il soit tenté d'en importer par avion du Brésil.

Enfin l'Académie, sur l'intervention de MM. Gabriel Petit et Auvray et après avis d'une commission d'études spécialement désignée, a émis un vœu fortement motivé, demandant instamment au gouvernement de rendre la *dératisation* immédiatement *obligatoire* dans tout l'Empire, et de créer un *Office national spécialisé*, pour organiser scientifiquement la lutte contre un fléau devenu catastrophique.

La pression artérielle chez les amputés. — MM. Balthazard et Routier, dans une très importante communication montrent que la pression artérielle des amputés est plus élevée que la moyenne, et qu'elle augmente fortement de 40 à 66 ans. Pour des raisons diverses les troubles cardiaques semblent de plus en plus fréquents.

M. Laubry prend alors la parole. M. Lhermitte et plusieurs de ses collègues demandant à intervenir, M. le Président renvoie la discussion à la prochaine séance.

Conserves alimentaires et botulisme. — MM. Legroux et Jéramec. — Les intoxications botuliques, rares jadis, sont de plus en plus fréquentes. A propos de plusieurs cas récemment observés (2 cas mortels) et d'autres où l'intoxication au début a été heureusement traitée par la sérothérapie (l'Institut Pasteur dispose de deux sérums antibotuliques A et B), M. Legroux apporte des recommandations essentielles que tout le monde doit connaître.

On ne doit mettre en conserve que des denrées fraîches et saines. A la ville on ne devrait envisager de conserver ni viande, ni légumes, car ces denrées parviennent trop lentement au consommateur. Ne pas préparer de conserves pendant les chaleurs ni après une brusque dépression barométrique. Celle-ci entraîne dans les tissus morts, végétaux ou animaux, une cytolyse rapide qui crée un milieu de culture propre au développement des germes surtout anaérobies.

Les solutions salines, les saumures ne tuent pas les microbes. On doit stériliser efficacement en respectant la règle d'équilibre entre la température extérieure du bocal et celle des aliments. Ne jamais consommer une conserve qui semble altérée sans l'avoir portée à l'ébullition assez longtemps à feu nu, en remuant constamment pour assurer la destruction des microbes et de leurs toxines.

On ne préjugera jamais de la nocivité d'une conserve par son odeur. Une conserve botulique est rarement nauséabonde ; parfois même, suivant les aliments où s'est développé le microbe, les pois par exemple, on trouve une odeur de fleur, de syringa. Lorsque les aliments botuliques sont gras (confits, jambon) on observe une odeur butyrique et non putride.

De l'intérêt nutritif et de l'utilisation pratique des levures (saccharomyces cerevisiæ). — M. R. Jacquot. — Les levures sont susceptibles de constituer un aliment azoté intéressant et un apport vitaminique de premier ordre (vitamines du groupe B).

On peut les consommer soit à l'état de farine éclatée (levures de mélasse), soit après un traitement industriel destiné à pallier au goût amer ou nauséeux. De toutes les techniques utilisées (désaminisation alcaline, hydrolyse acide, plasmolyse, etc.), seule l'autolyse est rationnelle tant du point de vue économique que scientifique. Les autolysats de levure renferment la presque totalité des vitamines et des principes azotés de la levure.

Election de deux correspondants nationaux dans la IIe division (chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales).

Classement des candidats. — En première ligne : MM. Okinczyc (de Paris, retiré en Dordogne) et Reeb (de Strasbourg) ; en deuxième ligne, ex æquo et par ordre alphabétique : MM. Andérodias (de Bordeaux), Fiolle (de Marseille), Jeanneney (de Bordeaux), Lepoutre (de Lille), Santy (de Lyon).

Adjoint par l'Académie : M. Laffont (d'Alger).

Au premier tour de scrutin MM. Okinczyc et Reeb sont élus respectivement par 61 et 31 voix.

La prochaine séance aura lieu le 21 juillet.

Vacances. — A partir du mois d'août, la commission dite des vacances se réunira tous les mardis à 15 heures.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1942

Lésions méniscales dans le rhumatisme chronique du genou. — M. Massard. — M. Boppe, rapporteur, montre que l'atteinte du ménisque peut intervenir dans la gêne fonctionnelle accusée par ces malades.

A propos des affections gastriques en Tunisie et de la technique de la gastrectomie. — M. Demirleau. — M. R. Monod rapporte cet important travail dans lequel l'auteur décrit un procédé de fermeture du duodénum au moyen d'une languette mobile. Il aurait observé 72 % d'ulcère duodénal térébrant.

Un cas de hernie diaphragmatique d'origine traumatique. Opération par voie abdominale. Guérison. — M. Grimault insiste sur la qualité de la guérison obtenue, le diaphragme ayant repris toute sa mobilité antérieure.

Les neurinomes intra-thoraciques. — M. R. Monod à propos de deux cas personnels envisage les caractéristiques de ces tumeurs. Lorsque la tumeur est isolée l'indication opératoire est légitime ; il faut l'aborder par voie postérieure ce qui permet de couper systématiquement les pédicules nerveux et de rester extra-pleural.

A propos de l'hyperfolliculinisme. — MM. P. Brocq et Varangot montrent les difficultés du diagnostic de ce syndrome ; le dosage des corps œstrogènes est grevé d'un grand nombre d'erreurs et d'autre part on ne peut donner actuellement le chiffre normal des corps œstrogènes dans l'urine. Le meilleur test de l'hyperfolliculinisme demeure encore l'hyperplasie de la muqueuse vaginale ou utérine.

Les rapports entre ce syndrome et les lésions d'hypertrophie mammaire ne semblent pas établis tout au moins sur le terrain de la pathologie humaine. Il en est de même pour les fibromyomes et l'endométriose.

Séance du 1er juillet 1942

Déchirure du mésentère au cours des contusions de l'abdomen. — M. Simon expose les diverses variétés de ces déchirures qui comportent toujours l'intervention (M. Patel, rapporteur).

Cancer du cholédoque. — M. Favre. — Les radiographies montrent une compression extrinsèque (M. Patel, rapporteur).

Hernies diaphragmatiques étranglées. — M. Mario Lebel. — Deux observations démontrent la longue tolérance de ces lésions et l'intérêt de la voie d'abord par thoraco-phréno-laparotomie (M. Patel, rapporteur).

La gastrectomie totale. — M. d'Allaines. — Sur les vingt cas publiés au cours de la discussion à l'Académie, il y a eu neuf morts. Points acquis : nécessité d'une bonne visibilité sur l'œsophage, abaissement de l'œsophage, précautions pour éviter la désunion des sutures, suturer une anse longue au diaphragme, alimenter le malade par voie détournée ; au besoin splénectomie. L'intervention est actuellement réservée aux tumeurs trop étendues pour une gastrectomie subtotale. Ses indications pourront s'étendre. Les résultats montrent que les malades s'alimentent bien et ne présentent pas d'anémie.

Gastro-entérostomie et gastrectomie. — M. Sylvain Blondin. — Plaidoyer documenté en faveur de la gastrectomie.

A propos de l'hyperfolliculinie. — M. Desmarest expose les arguments qui font de la dysarmonie hypophyso-ovarienne la cause des fibromes et des mastopathies. L'hyperfolliculinie peut exister sans hyperplasie endométriale, qui n'est pas un test absolu.

Ostéochondrite ischio-pubienne. — M. Huc, par une série de clichés radiographiques montre le rôle que joue la pathologie du fond du cotyle dans de multiples affections : ostéochondrite ischio-pubienne, arthrites variées, morbus coxal senilis, et aussi évolution de la luxation congénitale de la hanche.

M. Sorrel rappelle qu'il a rattaché ces ostéochondrites aux épiphysites de l'adolescence.

M. Richard a vu cinq fois ces images d'ostéochondrite préluder à des coxalgies.

M. Lance insiste sur la fréquence dans les arthrites passagères survenant entre 7 et 9 ans de taches opaques du fond du cotyle correspondant à des points cotyloïdiens surnuméraires. L'ostéochondrite du fond du cotyle peut évoluer pour son propre compte ou marquer le début d'une coxalgie cotyloïdienne avec protusion acétabulaire.

Epididymite lymphogranulomateuse. — MM. Sicard et Léger. — Localisation rare de la maladie de Nicolas-Favre. Diagnostic confirmé par l'épididymectomie bilatérale.

Ostéolyse des os du carpe et de la main. — M. Cadenat. — L'examen de la pièce après amputation montre un endothéliome du poignet.

Résection modelante du rebord cotyloïdien dans l'arthrite sèche de la hanche. — M. E. Sorrel. — Résultat éloigné. Présentation de malade.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin 1942

Un cas d'endocardite de Jaccoud-Osler annoncée par dix-huit années de crises hématuriques. — MM. Chabrol, Breton et Tixier. — C'est l'histoire d'un malade qui, pendant dix-huit ans, présente plusieurs fois des poussées de rhino-pharyngite avec hématurie, qui finirent avec les signes d'une endocardite maligne, due a un streptocoque anhémolytique. Il faut remarquer que des hématuries relèvent d'un facteur cubolique et que d'autres suivent une glomérulo-néphrite. Il faut citer, en regard de ces faits, les infections angineuses qui pendant un temps évoluent comme des crises allergiques, jusqu'au jour où la localisation du germe revêt les signes d'une endocardite maligne.

Intoxication aiguë par ingestion accidentelle de trichloréthylène. — MM. Duvoir, Leroux, Poumeau-Delille et Vivier.

Ictéro-cholostatique pur (pancréatite subaiguë avec adénopathie juxta-cholédocienne et spasme cholédocien). — MM. Guy Albot, Gosset, Pasturier-Lannegrace et Libaude. — Ictère chronique par rétention pure, sans hépatite, ni tumeur, ni lithiase, guéri par cholécystostomie transitoire. Existait une adénopathie juxta-cholédocienne. Les auteurs pensent à une pancréatite confirmée par la palpation et à la contracture des voies biliaires prouvée par la choléangiographie lipiodolée.

Cancer endobronchique traité avec succès par la lobectomie précoce. — MM. R. Kourilsky et R. Monod. — Première observation française d'un cancer dit : epistoma bronchique, traité par l'exérèse du lobe correspondant : malade de 29 ans, ayant eu des hémoptysies ; apparut plus tard un triangle atélectasique du lobe inférieur droit. Par la biopsie on reconnut un épithélioma à évolution lente à type epistoma. La lobectomie permit l'ablation de la totalité du lobe inférieur droit. La tumeur s'implantait dans la bronche du lobe inférieur qui était très dilatée et amincie. La lobectomie réglée est réalisable sans risques graves.

Séance du 28 juin 1942

Erythrodermie vésiculo-œdémateuse fébrile immédiate après injection de 2 centigr. de cyanure de mercure. Guérison rapide par la sulfamidothérapie. — M. Brulé.

Action de la thérapeutique sulfamidée sur le rein. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Wolfrom, Serane et Guiot. — Les auteurs ont recherché systématiquement, chez des malades soumis à la sulfamidothérapie, s'il existait ou non un retentissement des sulfamides sur le rein. Or, dans des cas exceptionnels, il semble que les sulfamides peuvent déclencher une néphrite. Les auteurs concluent que, cependant, cette action ne saurait constituer une contre-indication à la sulfamidothérapie et que cette thérapeutique ne peut être employée quand les reins sont malades antérieurement, que lorsque la maladie l'impose.

L'ostéopathie de famine. — M. Justin-Besançon. — Il s'agit de trois cas parisiens d'ostéopathie de famine : (fractures spontanées symétriques et bilatérales du cubitus au tiers moyen) survenus chez des femmes ayant passé la soixantaine et soumises à de sévères restrictions : on a pu suivre sur les radios la constitution des lésions. La biopsie de l'os montre qu'en même temps que la fracture se constitue, il se forme un tissu de cal qui ne se calcifie pas. La thérapeutique par la vitamine D, le calcium et le phosphore a été très rapidement efficace.

Action de bases antagonistes de l'histamine sur quelques maladies liées à des réactions d'hypersensibilité. — M. Decourt. — L'auteur a étudié diverses bases synthétiques dont l'action antagoniste de l'histamine fut découverte par Bovet et Mlle Staub, puis par Halphen. C'est parmi les corps étudiés par le dernier que l'auteur a trouvé des produits bien tolérés ; à ce propos, il donne des règles posologiques, indique les phénomènes d'intolérance, d'ailleurs sans gravité, qui sont parfois observés et fournit des observations.

Deux cas de défaillance ventriculaire droite avec cyanose à marche rapide et d'apparence primitive. — M. E. May, Mme May et M. Delarue. — Les auteurs discutent les rapports de l'asthme, de l'emphysème et de la défaillance du cœur. Pour eux, il doit exister des affections concomitantes du cœur droit. Il peut exister une véritable myocardie droite associée, laquelle pourrait même exister seule.

Un cas d'amylose hépatique et cutanée sans origine décelable. — MM. Fiessinger, Fauvet et Albaharry.

Maladie de Besnier-Bœck avec manifestation érythémateuse. — M. Decos.

Etat de mal asthmatique guéri par une fièvre typhoïde. — MM. N. Fiessinger, J. Fauvet et J. Nick. — Malade de 16 ans souffrant depuis la première enfance d'un asthme à crises subintrantes et résistant à toutes les thérapeutiques. Un abcès de fixation ne donne qu'un soulagement momentané. Une fièvre typhoïde d'origine ostréaire amène une guérison qui se maintient depuis quinze mois.

M. Pasteur Vallery-Radot a déjà relaté des cas semblables.

Préservation de l'enfance contre la tuberculose. — M. Comby. L'auteur, président depuis le décès de Marfan, de l'Œuvre Grancher, rappelle la grande valeur de cette œuvre. Il souhaite que dans les services de tuberculeux où l'on soigne les parents phtisiques, on n'oublie pas les enfants restés au logis. Le service social des hôpitaux pourra envoyer les enfants sains des milieux contaminés pour le placement familial à la campagne qui a fait ses preuves de longue date.

Tassement vertébral au cours d'une carence globale. — MM. N. Fiessinger, Guy Ledoux-Lebard et Jacques Lœper. — Un homme de 54 ans, atteint d'un tassement de D12 et L1 avec une image de Kummel-Verneuil, survenu au cours de son travail. Les radiographies et les tomographies n'ont pas révélé d'autres lésions pouvant expliquer la fracture spontanée en dehors d'une décalcification du rachis et du bassin chez un sujet à alimentation déficitaire.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 17 mai 1942

Œdème aigu du poumon irrémédiable chez un blessé de guerre porteur d'une suppuration chronique. Conséquences médico-légales. — M. Jean Mornet. — Un amputé de cuisse de 1916 conserve une ostéomyélite fistulisée du fémur. En 1941, au milieu d'une bonne santé apparente, il fait brusquement une crise d'œdème aigu du poumon. Malgré un traitement correct, appliqué en temps voulu, le malade meurt au septième jour.

L'auteur pose la question des rapports entre la suppuration chronique et la défaillance cardiaque tardive, subite, et d'emblée irréductible, liée à des lésions myocardiques.

Hydrémie et orthostatisme. — MM. M. Lœper, Jean Cottet et André Varay ont montré que le passage du clinostatisme à l'orthostatisme provoque une concentration du plasma de 4 à 10 gr. pour mille. Celle-ci ne leur paraît pas responsable de l'oligurie orthostatique légère mais habituelle des sujets normaux, ni de l'oligurie accentuée des malades présentant des troubles du transit de l'eau. En effet, chez les cirrhotiques et chez les cardiaques la concentration plasmatique orthostatique reste la même, quelle que soit la phase où ces malades sont observés. Cette concentration plasmatique leur semble en rapport avec l'apparition du réflexe d'angiospasme orthostatique de De Meyer et Van Bogaert : sous son influence la capacité du système circulatoire diminuant de volume il y a une certaine exsudation de l'eau plasmatique hors des vaisseaux.

Le cœur dans l'intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. Etude clinique et expérimentale. — MM. M. Lœper, A. Varay et Jean Cottet ont observé cliniquement chez des intoxiqués par le gaz d'éclairage des déformations électrocardiographiques multiples, variables, labiles et transitoires. Les altérations de Q. R. S. et surtout de T. sont les plus fréquentes. Expérimentalement, chez le cobaye et le chien, ils

ont obtenu des déformations électriques du type du cœur arrêté, qui disparaissent rapidement après cessation de l'intoxication. Ces accidents paraissent dépendre d'un trouble profond des fonctions myocardiques, soit par fixation du toxique sur la myoglobine (Camus et Pagniez), soit par un mécanisme anoxique. Ces deux mécanismes ne s'excluent d'ailleurs en aucune façon alors que la reversibilité semble contredire l'hypothèse hémorragique.

A propos du diagnostic électrocardiographique des troubles de conduction intraventriculaire. — M. L. Deglaude. — Les dérivations exploratrices, précordiales et œsophagiennes sont susceptibles d'apporter des éléments de précision intéressants dans l'étude des troubles de conduction intraventriculaire. Dans les formes typiques, elles confirment la théorie moderne qui fait des types communs des blocs gauches et des types rares des blocs droits. Dans les blocs de branche atypique et dans ceux du genre blocs des arborisations, elles permettent seules de définir le trouble de conduction et complètent très utilement les trois dérivations périphériques courantes.

L'aspect d'artério-sclérose rétinienne prépapillaire discrète avec largeur anormale des artères rétiniennes. — M. Jean Gallois. — Cet aspect semble, le plus habituellement, le témoin local d'un état vasculaire généralisé, propre à certains états constitutionnels avec T. A. basse.

Il coexiste souvent, soit avec certaines excavations physiologiques du nerf optique, soit avec des angiospasmes rétiniens ou généraux (migraine ophtalmique, maladie de Raynaud, angine de poitrine).

« Fading » de l'onde P et lipothymies à répétition. — M. Aubertin a observé chez un tachycardique sujet à des lipothymies graves à répétition, des périodes plus ou moins régulières pendant lesquelles l'onde P diminue progressivement d'amplitude et arrive à disparaître complètement sans que le cœur perde sa régularité ; puis l'onde reprend peu à peu son amplitude normale. Les périodes de disparition de l'onde P coïncident avec une diminution légère de la tachycardie, mais ne semblent pas s'accompagner de sensation lipothymique.

Aspect trompeur des déformations précoces du ventriculogramme dans les infarctus du myocarde du type T1. — MM. J. Lenègre et P. Soulié. — L'onde type Smith-Pardee manque dans certains infarctus du type T1 ; elle est remplacée par une atypie discrète de ST1 et de T1 : aspect rectiligne légèrement ascendant de ST1, T1 positif mais d'amplitude réduite. On pourrait méconnaître la thrombose car cette image persiste parfois jusqu'à la 72e heure, suivie de l'inversion acuminée de T1. La 4e dérivation permet toujours de rectifier le diagnostic.

Tétrade de Fallet. — MM. Cathala et Emam-Zadé présentent l'observation d'un nourrisson de 4 mois avec cyanose et toux, pour lequel le diagnostic de Tétrade de Fallet avait été posé pendant la vie. L'autopsie décèle une malformation extrêmement complexe (atrésie tricuspidienne complète, communication interauriculaire large, communication interventriculaire étroite, gros ventricule gauche, absence presque totale du ventricule droit, hypertrophie de l'oreillette droite, abouchement de tout le système veineux (veine pulmonaire, veines caves, sinus coronaire) dans un sinus préauriculaire droit relié à l'oreillette droite par une valvule). Ils la rangent dans ces cardiopathies congénitales inclassables proposées par Laubry et Pezzi. Ils étudient l'atrésie tricuspidienne et ses conséquences physiopathologiques.

L'épreuve de Valsalva dans l'exploration radiologique du cœur et des gros vaisseaux. — MM. C. Lian, M. Marchal et R. Le Bozèc. — L'épreuve de Valsalva (inspiration profonde, puis effort prolongé en s'opposant à la sortie de l'air par le nez et la bouche) entraîne une diminution de volume du cœur (20 à 25 %) et des gros vaisseaux de la base du cœur (15 à 20 %), ainsi que des branches vasculaires pulmonaires.

Cette épreuve est importante en radiologie thoracique.

Elle permet d'apprécier la souplesse des parois aortiques (diminution faible ou nulle dans les aortites). Elle aide au diagnostic des tumeurs médiastinales (diminution de volume des anévrysmes aortiques dans 50 % des cas). Elle facilite l'interprétation des ombres hilaires.

C. Lian et M. Marchal ayant montré qu'en transverse gauche, on voit en avant de l'extrémité inférieure de la clarté trachéale, l'ombre ovalaire et festonnée de la branche gauche de l'artère pulmonaire, l'épreuve de Valsalva établit que cette ombre ovalaire est bien vasculaire.

L'épreuve de Müller (inspiration profonde nez et bouche fermés) donne des modifications de volume inverses de celles de la manœuvre de Valsalva dont elle constitue en quelque sorte la contre-épreuve.

Le traitement de l'angine de poitrine par les infiltrations stellaires. — MM. Ed. Doumer et J. Merlen.

Période de Luciani-Wenckebach avec malaises lipothymiques d'origine vagotonique. — MM. Ed. Doumer et J. Merlen.

Electrosphygmographie. — MM. Duchosal, du Bois et Travel.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 21 avril 1942

Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez un nourrisson. — MM. Grenet et Howeno en rapportent une observation, caractérisée par une tuméfaction suivie de suppuration du rebord gingival avec expulsion de tous les germes dentaires par les fistules. Guérison, malgré deux rechutes, après traitement par le 1162 F. L'agent causal était le staphylocoque.

Trois cas de syphilis acquise chez l'enfant. — M. Grenet et Mlle Gautheren en ont observé trois cas, dont l'un particulièrement intéressant pouvant évoquer le diagnostic de syphilis binaire (syphilis acquise chez une syphilitique héréditaire) en raison du milieu familial de l'enfant.

Septicémie à bacilles de Pfeiffer avec localisation méningée. — MM. Poinso, Ciando, Monges et Lassave.

Hypertension artérielle sans signes rénaux. — MM. Poinso et Lassave ont constaté une T. A. de 14-8 chez une fillette de 19 mois ayant par ailleurs un aspect masculin et présentant des signes d'hirsutisme. Cet ensemble leur fait porter le diagnostic d'hyperplasie corticosurrénale sans tumeur.

Maladie nævique polymorphe et chorée variable. — MM. Heuyer et Feld. Présentation de malade.

Un cas de Klippel-Feil chez un nourrisson. — M. Rœderer.

Erythème noueux à la suite d'un traitement par le sulfamidothiazol. — MM. Tixier et Vernes ont traité avec succès par le 2090 à la dose quotidienne de 2 gr. une fillette de 4 ans et demi, atteinte de vulvite gonococcique rebelle à tous les autres traitements. Au cours de cette médication apparut un érythème noueux typique alors que les réactions à la tuberculine étaient négatives.

Trois cas de coma avec acétonémie au cours de traitement sulfamidé pour méningite cérébro-spinale. — MM. Tixier et Lajouanine rapportent ces trois cas dont deux se sont terminés par la guérison et insistent sur la nécessité d'alcaliniser les malades au cours du traitement sulfamidé et plus encore de les rechlorurer en cas d'accidents nerveux.

Syndrome hémolytique massif de cause inconnue chez un enfant de 6 ans. — MM. Tixier et Vernes ont constaté l'apparition simultanée d'un ictère et d'une hémoglobinurie massive survenus sans cause apparente chez un garçon de 6 ans ; le sérum sanguin était en même temps laqué et couleur cerise. Le lendemain, ces signes avaient disparu, mais le taux des globules rouges était tombé à 1.200.000. Deux transfusions amenèrent la guérison.

Intoxication mortelle due à une préparation à base de salicylate de soude donnée à une dose normale. — M. Hurez avait prescrit une dose de 4 gr. de salicylate de soude chez un enfant atteint d'angines à répétition et ayant par ailleurs une maladie mitrale. Cet enfant mourut le 5e jour du traitement après une courte phase d'obnubilation entrecoupée de convulsions malgré une thérapeutique énergique d'alcalinisation. (Cette question sera mise à l'étude à la séance de juin.)

Injection intraveineuse de novocaïne dans les états hypertoxiques du nourrisson. — MM. Levêque, Perrot et Tardieu ont injecté par voie veineuse 1 cm³ de solution de novocaïne à 1 % chez des enfants atteints de syndrome cholériforme non améliorés par mastoïdectomie. Les résultats encourageants leur font préconiser ce traitement toutes les fois qu'il y a chute de la T. A. et perte de conscience.

Séance du 19 mai 1942

Syndrome malin secondaire de la diphtérie. Guérison. — M. Grenet, Mlle Gautheron et M. Depierre ont vu apparaître au 8e jour d'une diphtérie grave chez un enfant de 10 ans un syndrome malin avec purpura, assourdissement des bruits du cœur, effondrement de la T. A., paralysies étendues, modifications importantes de l'électrocardiogramme pouvant faire redouter une mort imminente. Cependant, à la suite d'un traitement par le sérum associé à l'ouabaïne, à la strychnine à haute dose et à l'acétate de désoxycorticostérone à la dose quotidienne de 20 à 30 milligrammes, on vit apparaître du 30e au 34e jour de l'évolution une amélioration rapide donnant l'impression d'une véritable résurrection.

Un cas d'absence congénitale des conduits auditifs. Résultat opératoire. — M. Ombrédanne. (Présentation de malade.)

Un cas de dolichosténomélie. MM. Lelong et Rossier présentent un cas typique de dolichosténomélie auquel s'ajoutent des déformations claviculaires et costales, une incurvation des os longs des membres et des signes de rachitisme léger.

Maladie du col avec mégavessie. — MM. Lelong, Deuil et Bertier présentent un garçon de 14 ans atteint depuis plusieurs années de fausse incontinence d'urine par regorgement et de douleurs à type de colique néphrétique. La valeur fonctionnelle des reins est très réduite et il existe un retard important de développement. L'urétéro-pyélographie a mis en évidence les signes caractéristiques de la maladie du col avec uretères forcés. Une double néphrostomie améliorera peut-être le pronostic et permettra la cure ultérieure de la malformation vésicale associée d'ailleurs à un mégarectum et un spinabifida.

Paralysie diphtérique à forme hémiplégique. — MM. Clément, Hardel et Teyssier présentent un garçon de 11 ans porteur d'une hémiplégie droite, flasque, à prédominance brachio-faciale, apparue au décours d'une diphtérie en même temps que des paralysies vélo-palatines et oculaires et actuellement en voie de régression. Ils insistent sur la rareté de cette polynévrite à forme hémiplégique.

Ganglio-névrome intra-thoracique opéré avec succès par voie extra-pleurale. — M. Clément, Mlle Deleu et M. O. Monod.

Profil somato-psychique. — M. Heuyer.

Polypose recto-colique diffuse chez un adolescent. — M. Rouèche.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 20 MARS 1942

A propos de l'ostéosynthèse dans certaines fractures ouvertes. — M. P. RODIER rappelle certains avantages de la technique et de l'appareillage de Danis : simplicité de l'instrumentation occasionnant un traumatisme minime à l'os et aux tissus. Coaptation facilement obtenue et contention suffisante. Facilité d'ablation de la prothèse en cas de besoin.

La radiothérapie dans les métastases vertébrales. — M. ROEDERER apporte une observation de métastase cancéreuse de la colonne vertébrale survenue douze ans après l'amputation d'un sein cancéreux. La métastase fut jugulée par des séances intensives de radiothérapie. La malade connut sept années de tranquillité après lesquelles, brusquement, des métastases se montrèrent en différents points du squelette et conduisirent en six mois la malade à la mort.

Deux cas de maux de Pott postérieurs. — M. ROEDERER a observé ces deux cas chez des personnes âgées de 70 ans, vierges d'accidents de cette nature, de lésions tuberculeuses ayant eu comme point de départ les apophyses épineuses de vertèbres dorsales interscapulaires. L'abondance du pus d'abcès très superficiels, de longue durée, récidivants et la lenteur de l'évolution contrastèrent avec la modestie des autres signes cliniques, en particulier la quasi-indolence. Après guérison, la résorption des apophyses incriminées peut être constatée à la palpation. La difficulté de lecture des radiographies, dans ces cas de Pott postérieurs, exception faite pour ceux qui ont leur origine dans les apophyses transverses, fait penser qu'on doit mettre parfois par erreur au compte des lésions de voisinage (côtes, omoplates, plèvres) les abcès de cette région interscapulaire ayant le rachis pour origine.

Un cas d'iléus biliaire. — M. CHUREAU (de Châtillon-sur-Seine).

Rapports de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement du cancer du sein. — M. Marcel JOLY s'appuie sur une statistique personnelle de plus de 300 cas pour préconiser, dans tous les cas de cancer du sein opérables, l'excision suivie d'une irradiation de 400 r. répétée tous les trois mois pendant deux ans. Il a obtenu ainsi 74 % de survie sans récidives après cinq ans. Il n'est partisan de l'irradiation avant l'opération que dans le but de rendre opérables certains cancers ayant dépassé le stade chirurgical.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1942

Un cas de sarcome de l'utérus. — M. V. PLANSON.

Vésicule calculeuse ptosée et appendicite. — Mme P. BRIAN-GARFIELD relate l'observation d'une malade étiquetée appendicite qui, en réalité, présentait une vésicule biliaire bourrée de calculs, ptosée dans la fosse iliaque droite.

Sur la rareté du tétanos dans l'industrie métallurgique. — M. SOUBRANE analysant 845.000 cas de blessures dans une grande usine n'a relevé qu'un seul cas sûr de tétanos.

SÉANCE DU 15 MAI 1942

Greffes osseuses pour pertes de substances du maxillaire inférieur. — M. DUFOURMENTEL présente une série d'observations du médecin commandant GINESTET.

Fracture comminutive ouverte des deux os de l'avant-bras gauche traitée par l'appareil de Guendet. — M. Val. CHARRY, rapport de M. Lamy.

Blocage de l'extension du médius par section incomplète du tendon fléchisseur superficiel. — M. SOUBRANE.

Deux cas d'affections provoquées. — M. MASMONTEIL.

Un cas de syndrome pseudo-perforatif de la pneumonie. — MM. CHUREAU et BOURÉE.

COMITE SANITAIRE DE LA REGION PARISIENNE

SÉANCE DU 31 MARS 1942

Alimentation des enfants. — M. LESNE traite de la ration des écoliers. Le régime doit être complet ; il doit renfermer des principes indispensables et être équilibré. Il faut proportionner les exercices physiques avec la richesse nutritive des rations, multiplier les cantines scolaires et les examens médico-physiologiques à l'école.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1942

M. NICOLLE envisage la place des auxiliaires médicaux dans la corporation sanitaire. Les professions d'infirmier et de masseur devraient être au plus tôt définies, réglementées et dotées d'une organisation professionnelle.

Statistique de mortalité tuberculeuse. — M. MOINE conclut de son étude que l'aggravation du taux de la mortalité par tuberculose pour 1941 est de l'ordre de 33,7 %, soit 2.500 morts excédentaires. La rareté des denrées alimentaires est la grande responsable.

SÉANCE DU 5 MAI 1942

Equipement sanitaire. — M. DUFOURNET expose les travaux urgents d'hygiène publique à réaliser dans le plan d'équipement national.

SÉANCE DU 12 MAI 1942

Tuberculose. — M. LESTOQUOY souligne l'intérêt de l'emploi de la radiophotographie (film) dans le dépistage de la tuberculose chez les enfants des écoles réagissant positivement à la cuti-réaction. Cette méthode d'avenir sera bientôt généralisée sur tout le territoire.

SÉANCE DU 19 MAI 1942

Les conserves alimentaires. — M. FLEURET. — Le bombement chimique des boîtes de conserves (phénomène d'électrolyse) n'est à l'origine d'aucune intoxication. Sa confusion possible avec le bombement bactériologique exige néanmoins le retrait des marchandises de la consommation.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

23 juin 1942. — M. RAIMBOURG. Essais sur les troubles mentaux des endocarditiques. — M. LÉGER. Les anévrysmes disséquants des artères viscérales et périphériques. — Mlle ORSONI. La crise intermenstruelle.

24 juin 1942. — M. GRASSET. L'acide borique et le borate de soude. Action physio-pathologique. Utilisation comme antiseptique alimentaire. M. SCHAEFER. Le traitement des hernies crurales étranglées. — Mme MAY. La pneumocardie subaiguë avec cyanose. Contribution à l'étude de l'insuffisance ventriculaire droite cliniquement primitive. — M. CHALOCHET. Sur le traitement des fractures unitubérositaires du tibia. — Mme FAUVERT. Le cholestérol estérifié, test d'insuffisance cellulaire du foie. — M. MAZURE. Contribution à l'étude de l'iosmophilie dans les intoxications professionnelles.

25 juin 1942. — M. DUPUY. A propos d'un cas d'érythème noueux au cours d'une syphilis évolutive. — M. CALS. Idées actuelles sur l'alimentation chez les sportifs. — M. CHARAD. Le traitement des fractures des côtes par la novocaïnisation locale.

30 juin 1942. — M. BENOIT. Contribution à l'étude de l'impétigo herpétiforme de Hébra. — M. MOULLE. Contribution à l'étude des accidents cutanés bullo-ulcéreux au cours du barbiturisme aigu. — M. GOMEZ. Gale et syphilis primaire. Contribution à l'étude de la syphilis pré-chancreuse. — Mlle GAUTHIER. Adolescence et démence précoce. — M. CAILLEAULT. Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par le diphényl hydantoïnate de soude. — M. LANNELONGUE. Hygiène mentale des adolescents dans le cadre de la société moderne. — M. GOSSET. De quelques méthodes de dépistage de la surdité simulée. — M. ROZÉ. La suette picarde. Etude médico-historique. — M. HALLOT-BOYER. Le scotome central provoqué par la lumière. — M. BEN-HAIM. A propos de nouveaux cas de tétanos utérin. — M. BRAMI. L'abcès froid dit « musculaire ». Recherche des origines indéterminées par l'injection colorée. — Mme CHAMBONNET-LESUR. Contribution à l'étude des accidents nerveux au cours des barbiturismes chroniques.

1er juillet 1942. — M. LEPINTRE. Etude clinique d'une épidémie de fièvre typhoïde. Formes régulières et infections éberthiennes larvées. — M. GARNIER. Contribution à l'étude des perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux. — M. TZANCK. Accidents cutanés par sensibilisation à diverses substances contenant toutes une fonction amine primaire substituée en position para. — M. ROCHLIN. Essai sur le traitement chirurgical des hypertensions artérielles. — M. BRUNETAUD. Le cresson. Propriétés thérapeutiques et pathogéniques. La cystalgie du cresson. — M. IVALDI. Tumeurs neurogènes bénignes endo-thoraciques. Etude clinique et thérapeutique. — M. HÉLIOUI. Sur un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante chez une malade atteinte d'un cancer du poumon. — M. DUVAUX. Contribution à l'étude de la contagion et des épidémies parmi les hommes vivant dans des locaux souterrains. A propos d'un petit ouvrage fortifié. — M. FUES. Contribution à l'étude des œdèmes par carence et déséquilibre alimentaire. — M. DEGAS. Contribution à l'étude du sort de l'adrénaline dans l'organisme. — M. TEYSSIER. Etudes de certains cancers pulmonaires apicaux et des tumeurs malignes péri-apicales. — Mme LEMIERRE-BRUSSAUX. Contribution à l'étude des formes pseudo-grippales de la spirochétose de Inada et Ido. — Mlle DUTHIL. Les polynévrites de la coqueluche. — Mlle DEVILLERS. D'un cas de ganglioneurome médiastinal opéré par voie extra-pleurale et guéri. — M. MARCELON. Contribution à l'étude des néphrites aiguës chez l'enfant. — M. BESNARD. La pneumo-réticulose bulleuse.

3 juillet 1942. — M. DAUVIN. Contribution à l'étude du traitement des luxations congénitales de la rotule, en particulier des luxations irréductibles. — M. LIMOUZIN-LAMOTHE. Vues sur la profession médicale. — M. KIVENKO. Contribution à l'étude des dermatoses d'usines. (Notions cliniques et médico-légales.) — M. GONIN. Les hyperthermies d'origine professionnelle (coup de chaleur, fièvre des fondeurs, fièvres allergiques). — M. DIALA. Ostéomes de l'ethmoïde. — M. DUMONTIER. Contribution à l'étude des fibromes prœvia au cours de la grossesse.

4 juillet 1942. — M. POUTEAU. Les aérosols médicamenteux. — M. MIGEON. Contribution à l'étude des préparations de cortico-surrénale et à leur titrage biologique. — M. DURAND. Contribution à l'étude de l'insufflation tubaire kymographique. Son intérêt dans le diagnostic et la thérapeutique de la stérilité. — M. MULLER. Le pneumothorax spontané au cours de la primo-infection tuberculeuse et plus particulièrement de ses formes curables. — M. MINOIS. Emphysèmes sous-cutanés et médiastinaux d'origine médicale. — M. BEN SALEM. La tuberculose chez les ouvriers musulmans nord-africains en France. — Mme GRUMBACH.

FERMENTS LACTIQUES

BULGARINE THÉPÉNIER

Bouillon, Comprimés, Gouttes

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)

DIASTASES ET VITAMINES DE CROISSANCE

AMYLODIASTASE THÉPÉNIER

Comprimés et Sirop

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)

Granules CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.

Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine" Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

BOLDINE HOUDÉ

GRANULES TITRÉS A 1 milligramme — 3 à 6 par jour

ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE



Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE

VALS SAINT-JEAN

ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre

La pneumonie rhumatismale. — Mme Canat. Rapports entre les agglutinines et les hémolysines. Application des hémolysines à la classification des sangs.

7 juillet 1942. — M. Aga. Les médecins. L'apport de la médecine à la littérature. — M. Rault. Sur un cas de porphyrinurie aiguë avec hémorragie cérébro-méningée. — M. Groleau. Contribution à l'étude des accidents neurologiques au cours des insufflations du pneumothorax artificiel. — M. Mège. Le métabolisme glucidique chez les cancéreux.

8 juillet 1942. — M. Retailleau. Etude électroencéphalographique de l'absence épileptique. — M. Verger. Contribution à l'étude du traitement de la méningite à pneumocoques par les sulfamides. — M. Amid Ali Asghar Ghan. Contribution à l'étude des angiomes vertébraux. — Mme Mevel-Dubois. Quelques recherches sur la formule leucocytaire dans la rougeole. — Mme Isserlis. Des formes douloureuses de l'ictère catarrhal chez l'enfant. — M. Marquis. Contribution à l'étude des risques de la hernie chez les ascitiques. — M. Stéphan. L'implantation sous-cutanée de la cortine de synthèse dans le traitement de la maladie d'Addison. — M. Nguyen Chat. Les thérapeutiques par les substances œstrogènes chez l'homme. — Mme de Pierredon. Les polynévrites par déséquilibre nutritif. — M. Aubert. A propos du traitement radiothérapique de la maladie de Duplay ou périarthrite scapulo-humérale calcifiante. — M. Gabe. Contribution à l'étude du purpura provoqué chez les hypertendus. — M. Letort. Les applications locales d'huile de foie de morue dans le traitement du spina ventosa. — M. Etienne. Contribution à l'étude des fièvres typhoïdes chez le nourrisson. — M. Machoire. Les hernies obturatrices étranglées. Etude opératoire. Exposé d'un nouveau procédé. — M. Avice. Les ruptures spontanées de la rate apparemment saine. — M. Aller Jean. Contribution à l'étude de l'embolie pulmonaire et à son traitement (infiltration bilatérale des ganglions stellaires). — M. Aller Jacques. Un cas d'abcès pancréatique. — Mme Le Bayon. Contribution à l'étude des perforations par ascaris du diverticule de Mœckel. — Mlle Caspar-Fommarty. Corrélations osseuses chez les jumeaux. — Mlle Dauvé. La tuberculose dans les trois premières années de la vie. — M. Gillet. Ménopause retardée après castration chirurgicale. — M. Allende. Des dangers de la biopsie de la hanche en cas de tuberculose. — M. Gobin. Emploi de la cheville d'os désalbuminé dans l'enchevillement central des fractures diaphysaires. — M. Annabi M. S. Résection interphalangienne dans les infections articulaires du doigt. — M. Delalieux. Les paraffines de synthèse.

9 juillet 1942. — M. Calop. Les stérols de la peau. — M. Le Minoux. Quelques cas de pellagre en Bretagne. — M. Le Bastard. Considérations sur la dégénérescence cancéreuse des blessures de guerre. — M. Hermon. A propos du remplacement médical en général et du remplacement à la campagne en particulier. — M. Duranteau. Contribution à l'étude des processus d'immunité et de sensibilisation dans les épidermanycoses. — M. Galaine. Contribution à l'étude de l'herpès gestationis. — M. Céleste. Essai de traitement de la blennorragie féminine par le sulfamide thiazolique. — M. Foulon. Bradycardie et insuffisance thyroïdienne. — M. Billy. Contribution à l'étude de la cellulite du phlegmon de l'orbite. — M. Dreyfus. A propos d'un cas rare d'association de cancer du col et d'endométriose de l'utérus.

11 juillet 1942. — M. Goltz. Contribution à l'étude des accidents nerveux provoqués par les injections intra-rachidiennes d'a (paraamino-phényl-sulfamido-pyridine soluble, corps 693). — M. Vermoles. Contribution à l'étude des formes étiologiques de la tétanie de l'adulte. — Mme Hallot-Boyer. Le chancre muqueux gingivo-jugal, lésion d'invasion tuberculeuse.

THESES VETERINAIRES

8 juillet 1942. — M. Souedan. L'échinococcose en Syrie. — M. Dorotte. De la parésie gastro-intestinale des lapins. — M. Portal. De l'emploi du formol dans les coliques du cheval. — M. Boutet. La streptococcie du porc.

9 juillet 1942. — M. Malfroid. Le chauffage du lait et les réactions qui permettent de le déceler. — M. Daniel. Contribution à l'étude des métrites chroniques chez la jument. Essai sur les traitements par les extraits post-hypophysaires.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

(Oral)

Par sa grande fréquence, ses aspects cliniques variés, liés à sa cause, à son type, à son siège, l'occlusion intestinale pose chaque jour d'urgents problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

A) Quel que soit son aspect, son diagnostic positif repose toujours sur la constatation d'un certain nombre de symptômes, dont *quatre* ont une importance capitale :

1° Les *douleurs*, surtout quand elles prennent l'allure paroxystique de la colique de miserere ;

2° Les *vomissements*, abondants, bilieux, plus tard fécaloïdes ;

3° *L'arrêt des matières et des gaz*, meilleur signe d'occlusion, mais d'installation parfois retardée ;

4° Le *météorisme* complète cette tétrade. Signe objectif, l'inspection en apprécie : l'étendue, généralisée ou localisée ; le siège exact ; la forme, symétrique ou non. Tantôt immobile, tantôt au contraire animé d'ondes péristaltiques, qu'on sait au besoin provoquer et déceler à jour frisant.

La palpation le montre plus ou moins tendu *sous une paroi souple sans contracture aucune.*

La percussion le montre sonore en masse ou coupé de zones de matité ;

5° A côté, il faut connaître la valeur :

D'un point douloureux fixe, profond, constant à la palpation.

D'une dissociation du pouls et de la température ;

Des renseignements que peut donner le toucher rectal ou vaginal.

De l'auscultation du météorisme.

Ainsi sur les signes cliniques :

Tantôt l'occlusion est évidente, confirmée, tous les signes sont réunis.

Tantôt, c'est sur un minimum de signes qu'il faut faire le diagnostic, sur un ventre *encore plat*, ce qui en souligne toute la difficulté.

Il faut encore apprécier l'*état général* du sujet, tantôt excellent, tantôt marqué de signes de gravité : prostration, pouls rapide, oligurie, dont la précocité d'apparition est un élément de mauvais pronostic, et n'est pas liée spécialement aux occlusions confirmées.

La *radio*, qu'on ne saurait négliger, sera toujours pratiquée. Parfois elle confirme le diagnostic par des *images caractéristiques :* niveaux aéro-liquides, isolés ou groupés en tuyaux d'orgue, nettes sur un malade debout. Parfois l'interprétation est plus délicate devant une image aérique localisée ou diffuse ; on peut, avec précaution, s'aider d'un lavement baryté. Des clichés fixeront au besoin les images.

Enfin des dosages humoraux (azotémie, chlore surtout) pourront compléter la série d'examens.

B) Le diagnostic différentiel :

Facile devant une occlusion confirmée, est parfois difficile en face d'une occlusion au début.

Par un examen complet du malade, on écartera les syndromes douloureux médicaux, dont seule la *colique néphrétique* à forme occlusive prête parfois à discussion.

Quant aux syndromes chirurgicaux : péritonites par perforation, torsion génitale, hémorragie interne, pancréatite aiguë, s'ils sont, en principe, aisément différenciés dans leur forme typique, ils posent souvent de difficiles problèmes pouvant, dans des aspects atypiques, donner lieu à des *formes occlusives*, qu'on aura toujours présentes à l'esprit.

PRENEZ PLUTOT un comprimé de
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
CORYDRANE
ACÉTYL · SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE
l'aspirine qui remonte
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

Enfin, avant de chercher plus loin, il faut, d'une part, vérifier soigneusement tous les *orifices herniaires*, en sachant quels difficiles diagnostics soulèvent les *faux étranglements* constatés chez des hernieux atteints d'occlusion aiguë ; d'autre part, écarter les troubles liés à la compression par une tumeur pelvienne.

C) Le diagnostic étiologique, devant une occlusion reconnue, se basera ensuite, après un interrogatoire soigneux :

Sur le mode de début de l'occlusion, aigu ou progressif ;
Sur les antécédents du malade, son âge ;
Sur le groupement des symptômes.

I. — Toutefois, auparavant, ceci peut permettre de fixer deux notions importantes :

a) En premier lieu *le type de l'occlusion* opposant :

1° L'occlusion par strangulation que, début brutal, douleurs violentes, météorisme immobile, localisé, réalisant le signe de von Wahl, évolution rapide, vont caractériser ;

2° A l'occlusion par obstruction qui relève, au contraire, d'un début lent, peu douloureux, d'un météorisme extensif, animé de péristaltisme, d'une évolution plus lente.

b) Ensuite, le siège de l'obstacle. De même peut-on opposer :

1° *L'occlusion haute* avec vomissements précoces, arrêt des matières et des gaz tardif, météorisme *discret*, médian, signes d'intoxication précoce, images en tuyau d'orgue à la radio.

2° *L'occlusion basse* avec arrêt précoce du transit, météorisme en cadre, énorme, visible à l'écran en images aériques étendues.

c) Mais ces quatre tableaux n'ont que la valeur d'un schéma ; il est souvent impossible de ranger une occlusion dans un de ces cadres.

II. — A partir de ces données, on pourra étayer le diagnostic étiologique. Deux cas bien différents se présentent :

a) Tantôt des éléments du contexte clinique rétrécissent le cadre de la recherche étiologique.

Hormis le cas évident d'un cancéreux connu et suivi, d'un malade atteint de péritonite bacillaire, trois problèmes se posent schématiquement :

1° Chez un *opéré récent*, l'occlusion peut être immédiate ou secondaire, souvent difficile à reconnaître, à rattacher à sa cause, mécanique ou réflexe, soulevant d'âpres discussions thérapeutiques.

A l'opposé, chez un *opéré ancien*, de même que chez un malade porteur d'une cicatrice de plaie abdominale ou thoraco-abdominale, il ne faut pas conclure systématiquement au fait d'une bride cicatricielle.

2° *Une occlusion du grêle*, plus souvent à type d'obstruction, s'accompagne d'un syndrome infectieux avec fièvre élevée, oscillante. C'est le fait en *règle d'une appendicite* (bien souvent pelvienne ou méso-cœliaque), rarement d'un diverticule de Meckel.

3° *Enfin le jeune âge* du malade :

Chez un nourrisson orienté d'emblée vers *une invagination* aiguë dont on saura rechercher les autres signes (topo), qu'on saura confirmer par la radio.

Chez un enfant ou un adolescent, vers une péritonite tuberculeuse ou une invagination subaiguë, qui, parfois reconnue grâce à une hémorragie intestinale, aura bien plus souvent été prise pour *une appendicite*, troisième grande cause d'occlusion à cet âge.

b) Tantôt, on est réduit aux seuls symptômes du syndrome occlusif pour remonter à la cause. Toutefois, l'âge du sujet permet d'orienter la recherche :

I. — *Chez l'adulte* le problème se pose dans toute sa difficulté et, schématiquement, *l'aspect du météorisme* guidera la recherche étiologique.

1° Si le *météorisme est localisé*, réalisant le signe de von Wahl, il s'agit vraisemblablement d'*un volvulus*.

Celui du côlon est le plus fréquent. A l'occlusion basse par strangulation, au météorisme considérable, se joignent encore la notion d'âge : adulte âgé, la notion des antécédents, les signes radiologiques, qui permettent le diagnostic.

A l'opposé le volvulus du grêle donne une occlusion haute, vite grave, frappe un adulte jeune, mais le météorisme y est souvent discret. Le diagnostic est souvent en suspens.

Enfin le volvulus iléo-colique, celui du cæcum, au signe de von Wahl net, évident, peuvent être cause d'occlusion intestinale aiguë.

2° *Si le météorisme n'est pas nettement localisé*,

Une occlusion du grêle amène à discuter : brides, hernie interne étranglée, rétrécissement ou tumeur de l'intestin grêle, diverticule de Meckel.

Une occlusion basse (en dehors d'un volvulus du côlon pelvien vu tardivement), sera liée en général au *cancer des côlons*, qui est loin d'être exceptionnel même chez l'adulte jeune.

II. — *Chez le vieillard*, en dehors de l'appendicite occlusive, la discussion se ramène au volvulus du côlon pelvien et au cancer des côlons.

Quels que soient les éléments différentiels donnés, c'est bien souvent seule l'intervention qui fait le diagnostic.

A part il faut mettre :

L'iléus biliaire, migration d'un calcul par une fistule cholécysto-duodénale ; chez une femme âgée, lithiasique connue, une occlusion du grêle, évoluant par poussées successives le fera soupçonner.

Enfin, peut se poser le *problème des occlusions dynamiques*, devant lesquelles affirmer qu'il n'y a pas d'obstacle mécanique est souvent difficile.

Mais toute cette recherche étiologique reste bien schématique, et dans bien des cas non seulement la cause est méconnue, mais encore préciser le siège ou le type de l'occlusion est impossible.

Et tous ces éléments interviendront grandement dans la discussion du

D) Diagnostic opératoire.

a) En effet, tantôt la cause a pu être fixée :

1° En cas d'occlusion dynamique, sans obstacle, on peut se contenter, sous surveillance chirurgicale, d'un traitement médical dans lequel la rechloruration tient une place de choix.

Ayant rappelé l'opportunité d'une rachi-anesthésie, il faut souligner l'intérêt primordial de *l'aspiration duodénale continue*.

Ce traitement reste en plus une excellente thérapeutique pré-opératoire et post-opératoire.

2° En dehors de ce cas, il faut opérer. La connaissance de la cause permet un acte orienté et précis.

b) Si la cause est méconnue, *l'indication est formelle :*

L'acte opératoire doit être guidé par le principe suivant : l'établissement d'une dérivation est un acte insuffisant, si la cause de l'occlusion compromet la vitalité de l'intestin et l'expose au sphacèle et à ses conséquences.

La *voie d'abord* soulève ensuite des discussions en sachant qu'une incision iliaque est souvent insuffisante, qu'une médiane est toujours plus choquante.

De toute façon, à l'ouverture, c'est au cæcum qu'on ira pour orienter l'exploration, si on ne trouve pas d'emblée la cause.

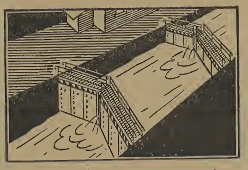
Enfin, ultérieurement, il faut souligner l'importance d'un énergique traitement post-opératoire.

En résumé :

L'occlusion soulève de nombreux problèmes, car il est parfois difficile de la reconnaître au début ; il est souvent impossible de déceler sa cause.

Il faut poser cependant l'indication opératoire avant d'arriver au stade d'occlusion confirmée, la précocité de l'intervention et sa facilité réglant le pronostic immédiat, tandis que la cause, le terrain viennent régler le pronostic ultérieur.

Le Brigand.



Phytothérapie toni-veineuse

HÉMOLUOL

Varices, troubles de la ménopause,
acrocyanose, hémorroïdes, phlébites et périphlébites, engelures, couperose

LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A. - M. Guéroult, Docteur en Pharmacie - SURESNES (Seine)

INFORMATIONS

(suite de la page 294)

Le XIIe Congrès d'oto-neuro-ophtalmologie s'est tenu récemment à Clermont-Ferrand sous la présidence du Dr Moulonguet et la présidence d'honneur du Dr Grasset, Secrétaire d'Etat à la Santé. Il est remarquable que dans les circonstances actuelles le Congrès ait pu réunir un très grand nombre de membres dont 17 confrères suisses et sept espagnols. Paris avait envoyé MM. Velter, Tournay, Ramadier, Lhermitte, Portmann, Vassal; Lyon. Marseille, Montpellier et Toulouse étaient brillamment représentés.

Les *dysmorphies et les dystrophies craniennes en oto-neuro-ophtalmologie* firent l'objet d'un remarquable rapport de M. Delmas-Marsalet (de Bordeaux).

Pendant le Congrès une nouvelle Société d'oto-neuro-ophtalmologie fut créée : celle de Clermont-Ferrand, sous la présidence du professeur Barré.

Cette Société vient s'ajouter aux nombreuses filiales qui, en France et à l'étranger, en Italie, en Suisse, en Espagne en Belgique et en Roumanie se sont fondées depuis 1923 sous l'impulsion du Secrétaire général, le Dr Tournay (de Paris).

Etudiants en médecine et ravitaillement des familles médicales. — « Médecine et Famille » servirait de liaison pour l'organisation d'un stage de Service civique rural pour quelques étudiants en médecine, robustes, appartenant de préférence à des familles médicales. Il est probable que des dispositions officielles permettront aux volontaires du Service civique rural d'obtenir des autorisations de transport de pommes de terre

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Louis Leroux, 242 bis, boulevard Saint-Germain, Paris (7e).

Mariages

On annonce, à Paris, le mariage de Mlle Alyette Poirot-Delpech, fille du Dr Poirot-Delpech, décédé, et de Mme Poirot-Delpech, née Hauvette, avec M. Jean Lavat, externe des hôpitaux, fils du Docteur et de Mme Lavat.

— M. Victor Duhamel, conseiller du Commerce extérieur de la France, et Mme Duhamel, font part du mariage de M. Gérard Duhamel, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Nicole Moussié, externe des hôpitaux de Paris.

— Le Dr Jean Pignot, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine et Mme Jean Pignot, née Meillère, sont heureux de faire part du mariage de leur fille Yvonne Pignot avec M. Paul Mauléon, chef de comptabilité à la Banque de France, qui a été célébré dans l'intimité le 29 juin en l'église de Montbarrois (Loiret).

Nécrologie

Nous apprenons avec peine le décès, survenu brusquement le 30 juin, à Paris, de M. le Professeur agrégé Henri Labbé, frère du regretté Professeur Marcel Labbé.

— On annonce le décès à Bucarest du Professeur Constantin Bacaloglu, ancien interne des hôpitaux de Paris (1897). Cet excellent collègue, qui a gardé toute sa vie une amitié très fidèle à ses amis et à la France, était devenu un des grands maîtres de la clinique médicale roumaine. Il sera profondément regretté par tous ceux qui l'ont connu.

— Le Dr Yoyotte, à Fontenay-aux-Roses, nous fait part du décès de son fils Pierre Yoyotte, né le 12 juillet 1911 à Fontenay-aux-Roses, survenu entre le 18 et le 20 mai 1940, à Malmédy. Caporal au 23e R. I. C., il est mort au Champ d'honneur, au cours d'une patrouille pour laquelle il était volontaire. Il avait été porté « disparu » depuis vingt-cinq mois.

— On annonce la mort de M. Léon Daudet, directeur de l'*Action Française*, décédé en Provence. Le célèbre écrivain, évadé de la médecine, avait été interne provisoire des hôpitaux de Paris, dans la promotion de 1892. Nous adressons à son fils, notre confrère François Daudet, l'expression de notre sincère sympathie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU MALAISE MEDICAL

Ayant de longs mois durant, en zone non occupée, recueilli les doléances de nombreux médecins et de professeurs des facultés méridionales, j'ai écouté, de retour à Paris, des amis du corps des praticiens et mes maîtres des hôpitaux pour confronter les opinions. Tous pensent de même et c'est le résultat de mes conversations que je viens d'avoir l'occasion d'exposer à un représentant du Dr Grasset, le nouveau Ministre de la Santé publique.

J'ai noté d'abord le désir unanime de mes correspondants, de voir délimiter les fonctions du Conseil de l'Ordre et de lui voir attribuer essentiellement le rôle d'un conseil de famille. Tous sont d'accord pour la création d'organismes professionnels où l'on débattrait, comme par le passé, les questions touchant la pratique de la médecine, le Conseil de l'Ordre étant chargé des affaires d'ordre moral. Un grand maître d'une des plus anciennes facultés de France, M. le professeur Forgue, m'a exprimé, avec la plus grande force, le regret d'avoir vu imposer aux médecins la nomination de leurs représentants, et ceci a été la cause du malaise que s'efforce de dissiper le Dr Grasset, Ministre de la Santé publique.

***

CARENCES ALIMENTAIRES

Un autre problème important s'impose à l'attention du point de vue médico-social, je veux parler de la sous-alimentation des sportifs et des malades.

Le sport : Les médecins et notamment M. Charles Richet, à l'Académie, ont attiré, sans être entendus, l'attention des Pouvoirs publics sur les excès du sport pratiqué par une jeunesse sous-alimentée, et l'enthousiasme de celle-ci n'a pas été tempérée par les responsables, comme l'eût voulu la logique. Les médecins, qui, par ailleurs, se préoccupent de la lutte antituberculeuse, doivent empêcher les jeunes gens de s'exposer à une atteinte favorisée par la réduction pénible des rations alimentaires.

Le contrôle de l'Education physique par la Santé publique, qui apparaît prochain, sera donc très utile.

Les carences alimentaires et les malades : Mais ce qui est pire, et que le Ministre de la Santé publique ne doit pas ignorer, puisqu'il a la charge de notre santé, ce sont les carences alimentaires dont souffrent les nombreux tuberculeux en cure libre ou sanatoriale dans certaines régions méridionales. Et ceci va de mal en pis, l'Administration du ravitaillement ne se préoccupant que d'égaliser le malheur... Beaucoup de malades doivent abandonner leur cure en présence de la carence alimentaire qui leur interdit tout espoir de possibilité de guérison.

Deux villes de cette région viennent de passer en mai dernier trois semaines *sans* viande. Que deviennent à ce régime les tuberculeux ?

Le ravitaillement doit subir une surveillance médicale si l'on veut qu'il soit rationnel, et les médecins doivent exiger d'être écoutés de la direction du ravitaillement. Pour résoudre ce problème, il est urgent d'établir une *liaison permanente* entre le Ministre de la Santé publique et le Ministre du Ravitaillement. Car, dans la France entière, on se demande pourquoi les médecins sont ignorés des nouveaux organismes chargés d'assurer l'entretien de la vie.

Maurice MORDAGNE.

LIVRES NOUVEAUX

Radiothérapie des cancers du col de l'utérus, par A. LACASSAGNE, F. BACLESSE et J. REVERDY de l'Institut du Radium de Paris (Fondation Curie). Un volume de 100 pages avec 20 figures (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications, n° 32). Prix : 22 francs. Masson et Cie, éditeurs.

L'épithélioma du col de l'utérus est le cancer qui a le mieux permis de prouver la valeur curative des radiations. Il est le seul pour lequel la supériorité de la radiothérapie sur la chirurgie se soit affirmée.

L'ensemble de la question (historique, progrès des techniques, évolution des idées, divergence actuelle dans les détails d'application, etc...) ne saurait être résumé en quelques pages. D'ailleurs, des articles, des monographies, des rapports de congrès se sont chargés de donner des exposés et la bibliographie de ces problèmes.

Les auteurs ont donc pour but limité de montrer, d'un point de vue pratique, ce que l'on peut attendre des radiations dans le traitement du cancer cervico-utérin.

Pour cela ils précisent :

1° Les indications de leur emploi ;

2° Les techniques utilisables, c'est-à-dire la curiethérapie intracavitaire, la télécuriethérapie, la röntgenthérapie ;

3° Les résultats.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

Dans tous les cas d'intolérance lactée



POUDRE

MODE D'EMPLOI : Deux mesures pour 100 grammes d'eau bouillie à peine tiède et sucrée à 5 %
La poudre de lait doit être ajoutée à l'eau sucrée au moment de l'utilisation du biberon

LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE - 24, RUE DE FÉCAMP - PARIS (12e)

GÉNATROPINE

SÉDATIF DU VAGUE

Hyperchlorhydrie
Spasmes Digestifs
Vomissements
Coliques - Diarrhées

GRANULES - GOUTTES - AMPOULES

●

Laboratoires AMIDO
4, Place des Vosges - PARIS
Zone libre : Laboratoires Amido - RIOM (P.-de-D.)



Un aliment de régime

Par un procédé original le lait est intimement combiné aux éléments de la farine **diastasée** SALVY. Les nourrissons dyspeptiques tolérant mal le lait naturel accepteront aisément les bouillies homogènes obtenues par simple préparation à l'eau. Les nourrissons hypoalimentés, plus abondamment nourris avec des bouillies préparées au lait, atteindront vite un poids normal sans troubles digestifs.

FARINE* *Préparé par BANANIA*
LACTEE DIASTASÉE
SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets





LA 9ME ÉDITION
DU
FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**

Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00



TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

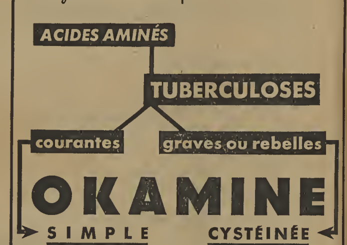
AMPOULES

DOSAGE NORMAL
Ampoules de 1cc.
dosées à 2 milligrammes
Boîte de 6
1 ampoule tous les jours
ou tous les 2 jours et plus
(voie sous-cutanée)

DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc.
dosées à 10 milligrammes
Boîte de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours
et plus
(voie sous-cutanée)

COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour
selon les cas.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, 10, Rue Crillon. PARIS (4e)



(Formule N° 2)
10 AMPOULES
1 tous les 2 ou 3 jours
DRAGÉES
3 à 4 ou petit déjeuner

du Dr HERVOUËT

(Formule N° 3)
20 AMPOULES
pour 10 injections
1 tous les 2 jours

P. BUGEARD, Phien, 13, rue Pavée - PARIS (4e)



25

N° 27. — 1[er] AOUT 1942 — 115[e] ANNÉE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6[e]) - Tél. : Danton 48-3?

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1[re] zone, 110 fr., 2[e] zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6[e]) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — LE CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE s'ouvrira le mardi 13 octobre 1942, à 9 heures, à la salle Wagram, 39, avenue de Wagram (métro : Etoile ou Ternes).

S'inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2[e] étage) tous les jours, les dimanches exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le lundi 7 septembre jusqu'au samedi 19 septembre 1942 inclusivement.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Morax, 39 et Offret, 39.

(Dans la séance du 3 juillet, M. Morax avait obtenu la note 20 et non la note 2 comme nous l'avons annoncé par suite d'une erreur typographique dont nous nous excusons.)

CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX (Nomination). — Séance du 15 juillet 1942. — MM. Bornet : 17 ; Lambert : 15 ; Lepoivre : 18 ; Hennion : 17.

Séance du 16 juillet 1942. — MM. Hennion : 18 ; Lambert : 18 ; Bornet : 18 ; Lepoivre : 18.

Séance du 17 juillet 1942. — MM. Bornet : 17 ; Lepoivre : 18 ; Hennion : 17 ; Lambert : 16.

Séance du 18 juillet 1942 (Epreuve supplémentaire). — MM. Hennion : 18 ; Bornet : 16.

Sont nommés : MM. Lepoivre et Hennion.

CONCOURS D'ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Sont nommés : MM. Humbert, Brunet et Codet.

CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX (Epreuve de nomination). Séance du 7 juillet 1942. Epreuve de médecine opératoire spéciale : MM. les Docteurs : Maspétiol : 17 ; Lemoyne : 17 ; Gaston : 18 ; Bourdial : 19 ; Bérard : 17.

Séance du 8 juillet 1942. Epreuve orale théorique. MM. les Drs Bourdial : 18 ; Gaston, 16 ; Bérard : 17 ; Lemoyne : 20 ; Maspetiol : 19.

Séance du 9 juillet 1942. MM. les Drs Maspetiol : 18 ; Lemoyne : 20 ; Bourdial : 19 ; Bérard : 18 ; Gaston : 19.

Classement des candidats. MM. les Drs Lemoyne : 57 ; Bourdial : 56 ; Maspetiol : 54 ; Gaston : 53 ; Bérard : 52.

Sont nommés : MM. Lemoyne, 57 et Bourdial, 56.

Hospices civils de Saint-Etienne. — Un concours s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon ou à l'hôpital de Grange-Blanche, le vendredi 13 novembre 1942, à 8 heures, pour la nomination d'un médecin des hôpitaux. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général des Hospices, rue Michelet, 37 bis, à Saint-Etienne.

Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : 1[er] M. Feuillet, 2[e] M. Lafon ; 3[e] M. Neveu ; 4[e] M. Fouquet ; 5[e] M. Bonnafé ; 6[e] M. Mignot ; 7[e] M. Deshaies ; 8[es] (*ex æquo*) MM. Jouannais et Bernard ; 10[e] M. Hécaen ; 11[e] M. Raucoules ; 12[e] M. Belfils.

Faculté de Médecine de Paris. TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES D'HISTOLOGIE (octobre 1942). — Deux séries de travaux pratiques supplémentaires auront lieu chaque jour à partir du vendredi 2 octobre 1942 : a) pour la première année à 13 h. 45 ; b) pour la deuxième année à 15 h. 30. Y seront admis : 1° les étudiants ayant leurs travaux pratiques validés qui désirent faire une révision de ces travaux pratiques ; 2° les étudiants n'ayant pas leurs travaux pratiques validés par suite d'absences justifiées ou de maladie. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures. Le droit à verser est de 150 francs pour chaque série. Toutefois, les étudiants inscrits aux deux séries ne paieront que 250 francs.

CHAIRES VACANTES. — Sont déclarées vacantes : la chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire M. A. Gosset).

La chaire de pathologie médicale (dernier titulaire M. Pasteur Vallery-Radot).

(*J. O.*, 12 juillet 1942.)

CONCOURS DU CLINICAT (*suite*, voir n° 26). — Sont proposés :

Clinique chirurgicale infantile : MM. Adam et Boissonnat.

Clinique chirurgicale et orthopédie de l'adulte : MM. Lascaux et Schaefer.

Clinique de neuro-chirurgie : MM. Philippe, Tardieu, Trotot, M. Placa (à titre étranger).

Clinique ophtalmologique : M. Brégeat.

Clinique chirurgicale Hôtel-Dieu : MM. Debeyre et Martinet.

Clinique thérapeutique chirurgicale, Vaugirard : MM. Darricau et Vincent.

Clinique chirurgicale Saint-Antoine : MM. Morel et Verne.

Clinique des maladies nerveuses : MM. Droguet et Rouzaud.

Clinique des maladies cutanées : MM. Bouvier, Delzant et Thorel.

Clinique obstétricale Tarnier : MM. Livory et Neveu.

Clinique obstétricale Baudelocque : M. Rousset.

Clinique obstétricale Port-Royal : Mme Siguier.

Clinique gynécologique : M. Guénon des Mesnards.

FONDATION J. A. SICARD. — La Commission de la Fondation J. A. Sicard se réunira au mois de novembre 1942, en vue d'attribuer les arrérages de ladite Fondation, s'élevant à 30.000 fr.

Le but de cette Fondation est de favoriser et de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publication, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger.

Les candidats devront adresser *pour le 15 octobre 1942, dernier délai*, au Doyen de la Faculté, une demande établie sur papier timbré à 6 francs. Ils devront indiquer de la façon la plus précise, les recherches ou missions qu'ils poursuivent, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires.

Il ne peut être désigné *qu'un* ou *deux* bénéficiaires.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Chelle, professeur de chimie, est chargé de la direction de la chaire de chimie biologique, en remplacement de M. Machebœuf, détaché à l'Institut Pasteur.

M. Tayeau est chargé de l'enseignement de la chimie biologique en remplacement de M. Machebœuf.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Huriez, agrégé, est chargé d'enseignement (hydrologie thérapeutique et climatologie), en remplacement de M. le Professeur Duhot, en congé.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Baisset, agrégé, est chargé des fonctions de professeur de physiologie, en remplacement de M. Soula, démissionnaire.

M. Bugnard, professeur de physique biologique et médicale, est chargé de l'enseignement de la pharmacodynamie, en remplacement de M. Soula.

Citation à l'Ordre de la Nation. — Le Gouvernement cite à l'Ordre de la Nation : M. le Dr Lemaître (Yves), chef de service à l'hôpital civil de Mustapha, à Alger, praticien d'une haute conscience professionnelle, a combattu avec le dévouement le plus absolu et jusqu'à l'extrême limite de ses forces l'épidémie de typhus dont il devait être victime.

(*J. O.*, 5 juillet 1942.)

Légion d'honneur A TITRE POSTHUME. — *Chevalier* : M. Lucchini (Marcel), médecin communal de la ville d'Alger ; a exercé sa profession

NATIBAÏNE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE - 27, Rue de la Procession - PARIS 15

Draeger

avec un grand esprit d'abnégation ; a contracté le typhus au chevet de ses malades donnant la preuve de son dévouement professionnel absolu ; est décédé des suites de cette maladie, a été cité à l'Ordre de la Nation.
(*J. O.*, 5 juillet 1942.)

— M. Rouffiac, médecin communal à Tebessa, a exercé sa profession avec le plus grand dévouement. Ayant contracté le typhus au chevet de ses malades, a continué à assurer son service, donnant ainsi un bel exemple de courage et d'esprit d'abnégation. Est décédé des suites de cette maladie. A reçu la médaille d'or des épidémies à titre posthume. A été cité à l'ordre de la Nation. (*J. O.*, 12 juillet 1942.)

SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier* : M. le Dr Degrais (Paul-Marie), chef du service de radiumthérapie au Centre anticancéreux de l'hôpital Necker, à Paris. Eminent curiethérapeute, gravement atteint de radiodermite, a donné, au cours de sa longue carrière, de constantes preuves d'un dévouement absolu et d'une abnégation élevée.
(*J. O.*, 16 juillet 1942.)

Médaille d'honneur des épidémies (Algérie). — *La médaille d'or* a été décernée à M. le Dr Durand (Louis), médecin de colonisation à Mondovi (Constantine).

Médaille d'argent : MM. les Drs Vogt (de Marengo) et Randayel (de Douéra).

Médaille de bronze : MM. Lengrand et Calleja, internes des hôpitaux d'Alger ; MM. Vougier, Capomaccio, Léandri et Fourcade, externes titulaires à Alger ; M. Manuel, étudiant en médecine ; MM. les Drs Bougues (d'Orléansville) ; Laveine (d'Aumale) ; Lanterne (du Chélif).

ORAN. — *Médaille d'argent* : MM. les Drs Lamarque (de Mostaganem) et Monier (d'Oran).

Médaille de bronze : M. le Dr Bernère (de Saint-Denis du Sig).

CONSTANTINE. — *Médaille d'or* : M. le Dr Tramini (d'Aïn-Touta).

Médaille de vermeil : M. le Dr Benzitouni-Mokrane (de Saint-Arnaud).

Médaille d'argent : M. le Dr Conche (de Colbert).

TERRITOIRES DU SUD. — M. le Dr Viaud, médecin lieutenant à Biskra.

Santé publique. EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Le *Journal Officiel* du 5 juillet publie une liste de praticiens auquel est *interdit* l'exercice de leur profession et une liste de praticiens *relevés de l'interdiction* d'exercer leur profession.

— Le *Journal Officiel* du 22 juillet publie un décret n° 2046, du 11 juillet, relatif à l'*interdiction de la publicité en faveur des boissons alcooliques* et notamment de la distribution des objets réclames à partir de l'épuisement des stocks. Les affiches et les panneaux réclames devront être enlevés ou effacés dans un délai de six mois à dater de la publication du présent décret.

SANATORIUMS PUBLICS. — *Liste d'aptitude au grade de médecin adjoint des sanatoriums publics.* — A la suite des épreuves du concours ouvert au Secrétariat d'Etat à la Santé, le 5 mai 1942, ont été déclarés aptes au grade de médecin adjoint des sanatoriums publics : les Docteurs : Mlle Trocmé, MM. Braillon, Acher Dubois, Beaudoin, de Ferron, Joly, Brenugat, Hamon, Peraldi.

Le Secrétariat d'Etat à la Santé communique : Dans le but de faciliter la tâche des médecins et par dérogation aux indications K 13 du répartiteur du caoutchouc, il ne sera pas procédé à la récupération des pneumatiques des automobilistes qui possèdent, à la date du présent communiqué, deux véhicules dont un seul est muni d'une autorisation de circuler, le deuxième étant considéré comme une voiture de dépannage. Toutefois, les médecins qui se trouvent dans ce cas sont invités à prêter leur voiture de dépannage au cas où un de leurs confrères se trouverait momentanément privé de son véhicule.

Voir la suite des Informations page 321

ALLOCUTION DU Dr RAYMOND GRASSET

Secrétaire d'Etat à la Santé

radiodiffusée le 18 juillet

Voici les passages essentiels de l'importante allocution du Dr Raymond Grasset :

«..... Il faut que les médecins abandonnent cet individualisme excessif qui rétrécit leur champ d'action et qui amenuise leur fonction sociale.

Regroupés, ils abandonneront la formule périmée de ne s'unir que contre quelque chose ou quelqu'un.

Seule est convenable une besogne hardiment positive.

***

Médecins de France et de l'Empire, c'est à cette tâche noble que je vous convie.

Demain, je vous apporterai l'armature d'une Corporation faite selon les intentions du Maréchal. Elle vous conférera, ainsi qu'aux praticiens de l'Art dentaire, des responsabilités nouvelles et vous intégrera dans l'élite que le régime s'efforce de former.

Si quelque délai est nécessaire, cela tient uniquement aux circonstances, mais la réalisation est certaine et mon engagement formel.

Je mettrai entre vos mains l'outil qui forgera le destin de la médecine rénovée, libérée des formalités tracassières et des buts injustifiés.

Si vous acceptez de penser et d'agir en commun pour le mieux-être de tous ceux qui relèvent de votre Art vous y puiserez de grandes satisfactions.

Les dispositions nouvelles distingueront *l'Organisation Professionnelle* proprement dite, chargée de toutes les attributions corporatives et assumant la défense et la gestion des intérêts de la profession, et *l'Organisation Juridictionnelle* qui aura la garde de l'honneur, de la dignité et de la moralité de la Profession.

Les mêmes hommes ne peuvent à la fois gérer des intérêts matériels et juger leurs pairs.

L'Organisation Professionnelle sera une émanation directe du corps des Praticiens, l'Organisation Juridictionnelle sera choisie, sur présentation, par des conseils qualifiés.

L'ensemble constituera le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il reposera sur les bases solides d'une bonne organisation intérieure, et se réclamera des principes d'autorité et de prestige.

Issue de ces éléments, la Corporation doit être forte. Elle doit *croire* en sa mission. Elle réalisera ses buts dans l'enthousiasme et dans l'élan.

Les buts ? Les voici :

Participer selon un plan concerté, dans une collaboration ouverte, au plein épanouissement technique de toutes les ambitions médico-sociales de la Nation, d'où qu'elles émanent, chacun donnant le meilleur de ses moyens dans l'harmonie d'une organisation professionnelle puissante.

Les moyens ?

Une meilleure place aux jeunes, frémissants d'impatience, chargés des espoirs d'une science passionnément attachée à la découverte des problèmes humains et qui porte au loin le renom de la France.

Une retraite pour ceux qui, ayant largement dispensé leur expérience, prodigué leur art, accepteraient de transmettre le flambeau.

La France a besoin, éperdument besoin, du concours solidaire de tous ses fils pour panser ses blessures, refaire un peuple et lui donner une âme.

Parmi eux, le médecin confident des familles, charitable par nature, social par destination, a un rôle de haute qualité morale, un rôle privilégié à exercer.

Sa profession restera libérale s'il sait, par la dignité d'un grand exemple collectif, l'élever audessus de mesquines contingences.

Et sa mission sera magnifiée si elle s'exalte dans un grand sentiment de solidarité nationale.

***

Praticiens de l'Art médical et de l'Art dentaire, méditez mes propos, dégagez-en l'intention et le sens.

Au sein du Gouvernement, je saurai interpréter vos aspirations, traduire votre état d'âme. En retour, vous accorderez largement tout ce qu'en votre nom, je promets au pays :

La médecine de demain apportera à tous les Français ce qu'ont déjà d'autres peuples : le bénéfice, sans entrave ou mesure, du progrès scientifique et des techniques les plus modernes.

La Corporation animera avec ferveur toutes les organisations tendant à l'exploitation d'une vie plus saine et plus heureuse.

J'ai soumis d'autre part à l'agrément du Maréchal une loi sauvegardant les droits légitimes de tous les membres du Corps Médical, retenus encore en Allemagne pour donner leurs soins à nos chers prisonniers.

Si la relève de ces Sanitaires n'atteint pas encore l'ampleur que nous désirons, que leurs familles sachent que nous y employons, avec le Service de Santé militaire, le meilleur de notre sollicitude, et qu'à leur retour la solidarité confraternelle s'efforcera d'atténuer les amertumes d'un long exil... »

Fiançailles

Le Dr et Mme H. Roulland, 15, avenue d'Orsay, Paris (7e), sont heureux de faire part des fiançailles de leur fille Elisabeth avec M. Abel Denizot.

Mariage

Mme Gilbert Ballet, le Dr et Mme Roger Glénard font part du mariage de leur petite-fille et fille, Mlle Odette Glénard avec M. Jean Raynal, substitut près le Tribunal d'Aix-en-Provence, détaché au Ministère de la Justice, à Vichy.

Nécrologie

On annonce la mort, à l'âge de 26 ans, du médecin lieutenant Robert Lapierre, du 1er régiment de dragons portés, tué à son poste, en Belgique, le 14 mai 1940.

— Le Dr Henri Judet, ancien interne des hôpitaux de Paris (1898), docteur ès sciences, décédé subitement à Paris en son domicile.

Nous prions ses fils, les Drs Jean et Robert Judet de recevoir l'expression de notre sympathie.

— Le Dr Renon (Jean-Georges), de Niort, ancien interne des hôpitaux de Paris 1899 (médaille d'or), décédé subitement à Pau, le 24 juin.

— M. Marcellin Boule, professeur honoraire au Muséum, directeur de l'Institut de Paléontologie humaine.

— Le Professeur Morvillez (de Lille).

— Le Professeur René Desplats, de la Faculté libre de Médecine de Lille.

— Le Dr Victor Grysez, chef de service à l'Institut Pasteur de Lille.

— Le Dr Jules Janet, urologiste, ancien interne des hôpitaux de Paris (1886).

— M. Jean François Richer, interne des hôpitaux de Lyon, fils du Dr Richer, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon.

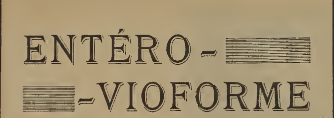
— M. Louis Laleuf, directeur général des laboratoires Laleuf.

— Mme Pierre François, née Aliette Caillibot. Nous adressons à son mari, le Dr Pierre François (de Janzé) et à son beau-père, le Dr Paul François, l'expression de nos très vives condoléances.

A vendre lit médical Simmons, état neuf. Ecrire Merio, 5, rue Robert-Estienne, Paris.

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe





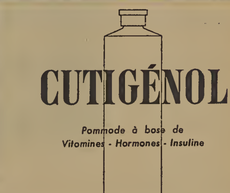
IODOCHLOROXYQUINOLÉINE

NOM DÉPOSÉ
CIBA

ANTISEPTIQUE SPÉCIFIQUE
DU TUBE DIGESTIF

COMPRIMÉS
1 A 6 PAR JOUR

LABORATOIRES CIBA - Dr P. DENOYEL
103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON



ACTIVE LA RÉGÉNÉRATION CELLULAIRE

ULCÈRES BRÛLURES PLAIES
et toutes
LÉSIONS ATONES ou TORPIDES

ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES DU Dr DEBAT
60, RUE DE MONCEAU, PARIS

PLAIES ATONES
ULCÈRES
BRULURES
ECZÉMAS

FLÉTAGEX
POMMADE AUX VITAMINES

Calme
Désinfecte
Cicatrise

LABORATOIRE SUJAL - CHATEAUROUX (INDRE)
J. LAFARGE
D en Pharmacie

Une découverte considérable :
LES ANTIHISTAMINIQUES
DE SYNTHÈSE
ouvre une voie nouvelle
riche de promesses
dans le traitement des
ETATS ALLERGIQUES

Pour en délimiter l'immense
champ d'application SPECIA
propose au Corps Médical
une généralisation des essais
cliniques du

2339 R.P.

QUI EXPÉRIMENTALEMENT PROTÈGE L'ANIMAL
CONTRE 60 DOSES MORTELLES D'HISTAMINE

Documentation et échantillons sur demande
SPECIA • 21 RUE JEAN GOUJON • PARIS • 8e

Le 2339 R.P. en cours d'expérimentation n'est pas en vente dans les pharmacies





CHOLÉRÉTIQUE - STOMACHIQUE
DIURÉTIQUE — RÉGULATEUR INTESTINAL

Une à trois cuillerées à café de granulé par jour. Croquer ou dissoudre dans une tisane aromatique.

LABORATOIRES BEAUFOUR — DREUX (E.-&-L.)

LAXATIF DOUX

MUCINUM

1 à 2 comprimés par jour

" INNOTHERA " - ARCUEIL (Seine)



VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS

LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL

DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES

ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

CARENCE DES GLANDES SEXUELLES ET OBÉSITÉ DANS L'ENFANCE ET LA JEUNESSE

LA SOI-DISANT OBESITE SEXUELLE

par le professeur Pierre Nobécourt
de l'Académie de Médecine

L'obésité est commune chez les enfants et les jeunes gens. Elle peut exister dès la naissance ou débuter pendant la petite, la moyenne ou la grande enfance, à la période de la puberté, pendant la jeunesse. Son apparition ou son accroissement pendant les deux ou trois années qui précèdent la puberté ou pendant l'évolution de cette dernière a particulièrement retenu l'attention ; on parle couramment d'*obésité prépubérale* et *pubérale*.

Quand l'obèse est à la période de puberté, il peut présenter *un retard dans l'apparition ou une insuffisance du développement* des phénomènes qui la caractérisent, de l'accroissement des organes génitaux, de l'entrée en activité des glandes sexuelles. Bien que la fréquence de ces manifestations ait été beaucoup exagérée, elles existent cependant dans certains cas. L'intrication de l'obésité et de ces troubles sexuels réalise un *syndrome adiposo-hypogénital*.

Mais d'autres obèses ont une *puberté normale*, d'autres une *puberté avancée*, certaines *des manifestations pubérales exagérées*, présentent un *syndrome adiposo-hypergénital*. Les uns et les autres sont au moins aussi nombreux que les précédents ; trop souvent on les oublie quand on traite des relations de l'obésité avec la carence sexuelle.

On attribue volontiers, en effet, l'*obésité à l'insuffisance sexuelle*. Cette opinion est très discutable et est très discutée. Pour ma part, je pense, depuis longemps (1), qu'elle n'est pas justifiée et qu'il s'agit d'une *soi-disant obésité par insuffisance sexuelle*.

Le problème comporte trois solutions :

1° *La carence sexuelle est la cause de l'obésité ;*

2° *L'obésité est la cause de la carence sexuelle ;*

3° *L'obésité et la carence sexuelle relèvent des mêmes causes.*

Examinons successivement chacune de ces solutions.

La carence sexuelle est la cause de l'obésité

En 1913, Paul Le Gendre (2) écrit : « La suppression des fonctions testiculaires et ovariennes est une cause d'engraissement, puisque la castration dans les deux sexes favorise l'accumulation de la graisse. Le rôle des glandes sexuelles dans certaines obésités de l'enfance paraît incontestable. »

Il énonce ainsi une opinion habituellement reçue à cette époque.

Voici le *pour* et le *contre*.

Pour, on donne la fréquence de l'obésité pendant la *période dite prépubérale* et pendant la *période pubérale*. Cette obésité est, chez la fille, une exagération de l'*adiposité physiologique* (3) qui est souvent forte à cette période de l'existence.

Contre, on remarque que, le plus souvent, le *début de l'obésité précède ces périodes*. Diverses statistiques le démontrent ; pour faciliter leur interprétation, je calcule le pourcentage.

Sur 100 enfants obèses, garçons et filles, observés aux périodes prépubérale et pubérale, l'obésité débute :

D'après Louis Louvet (4) :
- 32 fois pendant la vie fœtale ;
- 19 fois dans la première enfance ;
- 16 fois de 3 à 6 ans ;
- 32 fois de 7 à 10 ans.

(1) Nobécourt (P.). *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse*. Ernest Flammarion, Paris, 1923.
Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance. Masson et Cie, Paris, 1926, IX. Des obésités endocriniennes chez les enfants (8 mars 1924).
Obésité simple des filles à la période pubertaire. *Le Concours Médical*, 23 novembre 1931, p. 3555.
Nobécourt (P.) et Lebée (L.). Les états de surnutrition et les obésités, *in* Nobécourt (P.) et Babonneix (L.). *Traité de médecine des enfants*. Masson et Cie, Paris, 1934, Tome I.

(2) Le Gendre (Paul). L'orientation contemporaine des travaux sur l'obésité des enfants. *Association Française de Pédiatrie. Premier Congrès des Pédiatres de Langue Française*, 1913, G. Steinheil, Paris, 1914.

(3) Nobécourt (Pierre). Adiposité physiologique et sexualité dans l'enfance et la jeunesse. *Phare Médical de Paris*, 21e année, n° 212, mai-juin 1942.

(4) Louvet (Louis). Contribution à l'étude de l'obésité dans la grande enfance et la puberté. *Thèse de Paris*, 1934, Louis Arnette.

D'après Sotirios B. Briskas (1) :
- 25 fois pendant la vie intra-utérine ;
- 37 fois de 4 à 7 ans ;
- 26 fois à la période prépubertaire ;
- 10 fois à la période pubertaire.

L'obésité débute donc, suivant ces statistiques, sur 100 cas :
- Avant 7 ans : 67 fois (Louvet) ; 62 fois (Briskas) ;
- Après 7 ans : 32 fois (Louvet) ; 36 fois (Briskas).

Le début est donc environ deux fois plus fréquent avant 7 ans qu'après, c'est-à-dire qu'aux périodes de prépuberté et de puberté.

Pour, on invoque la *fréquence des troubles sexuels chez les obèses*. Le début et l'achèvement de la puberté sont tardifs ; son évolution est lente et imparfaite. La première menstruation survient à un âge plus avancé qu'il n'est de règle ; les menstruations sont peu abondantes, irrégulières, espacées ; il y a de la dysménorrhée. Le pénis, les testicules ne s'accroissent pas et conservent trop longtemps leurs caractères infantiles.

On cite des cas où l'apparition de l'obésité coïncide avec des troubles sexuels : « Parfois, écrit Pierre Lereboullet (2), les règles, d'abord normalement établies, sont suspendues, et c'est à dater de cette suspension que l'obésité se développe. »

Inversement, l'obésité disparaît souvent lors de l'achèvement de la puberté, on peut voir coïncider la disparition des troubles sexuels et la régression de l'obésité.

Contre, on fait observer qu'*on parle trop facilement de troubles de l'évolution pubérale*, sans tenir compte des âges différents où elle commence chez les enfants bien portants. Les troubles de la menstruation sont banaux à l'époque de l'instauration des règles.

Voici les constatations que j'ai faites (3).

Filles. — Les obèses de 10 à 12 ans peuvent avoir commencé leur puberté (14 %) mais ne sont pas réglées (sur l'ensemble des filles, 4 % le sont). Dans la treizième année, sur 100 obèses, 66 ont commencé leur puberté et 25 sont réglées (sur l'ensemble des filles, 18 le sont). Dans la quatorzième année, sur 100 obèses, 88 sont pubères et réglées (sur l'ensemble des filles, 54 sont réglées). Dans la quinzième année, sur 100 obèses, 100 sont réglées (sur l'ensemble des filles, 88 le sont).

100 obèses ont eu leurs premières règles :
- 14 dans la onzième année ;
- 23 dans la douzième année ;
- 28 dans la treizième année ;
- 28 dans la quatorzième année ;
- 4 dans la quinzième année.

Sur 100 obèses réglées, 42 ont des menstruations normales, 57 des troubles de la menstruation : troubles du rythme menstruel, avec ou sans dysménorrhée, abondance faible, moyenne ou forte du flux menstruel, quelquefois ménorragies.

Garçons. — Pour simplifier, j'appelle pubères les garçons qui sont à une étape, quelle qu'elle soit, de l'évolution pubérale.

Sur 100 obèses de 11 à 14 ans, 13 sont pubères (pour l'ensemble des garçons, il n'y a pas de pubères avant 13 ans, il y en a 41 dans la quatorzième année). Pour 100 obèses de chaque année d'âge, les pubères sont au nombre de 37 dans la quinzième année, de 66 dans la seizième, de 83 dans la dix-septième (pour les garçons, en général, le nombre des pubères est respectivement de 70, 80, 100).

Chez les obèses, la puberté présente donc des modalités diverses et celles-ci sont un peu différentes suivant le sexe. Chez certains, elle est avancée ; chez d'autres, elle évolue régulièrement, chez d'autres, elle est retardée. La plupart des filles ne présentent pas de retard dans l'apparition des règles ; les troubles de la menstruation sont fréquents, mais d'ordre banal. Les garçons présentent plus souvent que les filles un certain retard de l'évolution pubérale.

Quoi qu'il en soit, la constatation de troubles sexuels chez un obèse ne permet pas de conclure que l'obésité soit causée par la carence des testicules ou des ovaires. Nous avons vu d'ailleurs que, le plus souvent, l'obésité s'installe avant la puberté, à une phase de l'existence où les glandes sexuelles, si elles ne sont pas inertes, ont une activité réduite.

Pour, on fait état des données apportées par le *métabolisme de base* des obèses.

Marcel Labbé, Henri Stévenin et Ludo Van Bogaert (4), chez 8 malades présentant le syndrome adiposo-génital classique sans lésions hypophysaires, trouvent deux fois un métabolisme normal (— 8 et + 2 pour 100) ; six fois un métabolisme diminué (— 23 à — 30 pour 100). « Donc, écrivent-ils, dans la majorité des obésités avec insuffisance génitale, les échanges respiratoires sont diminués... Il semble donc que les glandes génitales jouent un certain rôle dans la nutrition... Si les faits cliniques que nous apportons sont conformes, il en résulte qu'il existe bien une obésité par insuffisance génitale, analogue à l'obésité par insuffisance thyroïdienne, caractérisée par la disposition spéciale de l'adipose, par l'insuffisance anatomique et fonctionnelle des organes génitaux et par une réduction des échanges respiratoires. »

(1) Briskas (Sotirios B.). Les obésités chez l'enfant. Les syndromes adiposo-génitaux. *Le Progrès Médical*, 16 et 23 janvier 1937, p. 90 et 129.

(2) Lereboullet (P.). Obésité infantile et glandes endocrines. *Paris Médical*, 6 mai 1922, p. 386.

(3) Nobécourt (Pierre). Obésité et puberté. *La Presse Médicale*, 23 mars 1938.

(4) Labbé (Marcel), Stévenin (H.) et Van Bogaert (Ludo). Le métabolisme basal dans le syndrome adiposo-génital. *Société de Biologie*, 19 mai 1923, p. 1285.

Contre cette interprétation plaide la variété et l'instabilité du métabolisme de base chez les obèses : suivant les malades, il est normal, augmenté ou diminué ; chez le même, il diffère d'un jour à l'autre ainsi que je l'ai fait remarquer, en 1931 et en 1934, avec Louis Lebée et que l'ont constaté Henri Grenet et Louis Louvet, en 1934.

D'ailleurs Marcel Labbé et Henri Stévenin (1) font des réserves sur l'opinion qu'ils avaient avancée : « Il semble que l'on ait observé assez fréquemment, mais d'une manière inconstante, un abaissement du métabolisme de fond dans l'insuffisance génitale. Si on envisage l'ensemble de la question, il paraît difficile de donner une conclusion formelle... Nous admettons que le rôle joué par les glandes génitales dans l'activation des échanges gazeux, tout en s'exerçant dans le même sens que celui de la thyroïde, est moins constant et moins intense. »

Pour, on aurait pu penser que l'étude du taux des *hormones sexuelles* dans le sang et l'urine des obèses apporterait des arguments. Nous ne possédons guère de documents à ce sujet. Maurice Sansot (2), chez 7 garçons obèses de 11 à 17 ans, a trouvé un taux élevé d'androstérone dans les urines. Un garçon de 17 ans, notamment, qui a une taille de 163 cm., un poids de 90 kg., une obésité du type féminin prédominant dans le segment inférieur du tronc et à la racine des cuisses, des poils pubiens rares, sans poils axillaires, une verge et des testicules normaux, élimine 8 milligr. 5 d'androstérone par jour, taux plus de trois fois supérieur à la normale. D'autre part, chez 11 garçons obèses, la folliculinurie (œstradiol, dihydrofolliculine) était normale chez 5, inférieure à la normale chez 3, supérieure chez 3, sans présenter de parallélisme avec le taux d'élimination de l'androstérone ; chez le garçon de 17 ans, toutefois, le taux des deux produits était supérieur à la normale.

Aucune conclusion ne se tire de ces constatations. Ainsi que l'écrit Maurice Sansot, « les garçons obèses et adiposo-génitaux semblent excréter plus d'androstérone que les sujets normaux », mais on ne peut mettre cette élimination excessive « sur le compte d'un hypergénitalisme, les sujets en question présentant, au contraire, des signes de retard. Ces enfants ont peut-être une élimination paradoxale analogue à celle du calcium des sujets décalcifiés ».

Si cette interprétation était exacte, il pourrait résulter de cette élimination exagérée, un appauvrissement de l'organisme en hormone mâle ; mais il faudrait le démontrer.

Pour, on invoque la surcharge graisseuse qui s'installe après la *castration testiculaire* ou *ovarienne* chez les animaux et dans l'espèce humaine. Le fait est exact, dans certains cas tout au moins : il n'y a qu'à comparer le bœuf et le taureau, le chapon et le coq.

Contre, on objecte que ce n'est pas la carence des glandes sexuelles qui cause cette surcharge graisseuse. Celle-ci ne se produit que si certaines conditions se trouvent réalisées : sédentarité et suralimentation. Il en est ainsi pour le bœuf et le chapon qu'on engraisse pour l'alimentation. D'après Cramer et Marchal (1923), le rat castré ne devient pas obèse.

Les *enfants castrés* deviennent rarement obèses. « Il peut survenir une certaine adiposité, écrivent P. Sainton, H. Simonnet et L. Brouha (3). mais elle n'est pas la règle chez l'individu jeune. ». A l'âge adulte, certains eunuques engraissent, mais, s'ils deviennent obèses, c'est la conséquence de leur genre de vie dans le sérail, de leur peu d'activité, de leur gourmandise et non pas de la carence sexuelle. L'obésité ne fait pas partie du tableau clinique de l'infantilisme par anorchidie ou anovarie primaires (4).

Pour, on invoque l'obésité qui s'installe à la *ménopause*, soit spontanée, soit provoquée par la radiothérapie ou la radiumthérapie ou après *ovariotomie* (5).

Contre, on objecte que, dans ces circonstances, l'obésité est loin d'être constante. A l'âge de la ménopause, la femme peut engraisser parce qu'elle prend souvent des habitudes sédentaires, mange copieusement, aime les sucreries, etc. ; la fréquence de cet engraissement diffère, d'ailleurs, suivant les époques ; il est beaucoup plus rare aujourd'hui, où la femme tient à rester jeune, que chez nos grand'mères qui cherchaient beaucoup moins à cacher leur âge.

Après ovariotomie, une femme qui avait maigri, reprend du poids, son adiposité augmente ; mais l'obésité est rare. Celle-ci n'est pas causée par l'ablation des ovaires. En plus des facteurs qui viennent d'être cités, intervient la suppression des douleurs et d'un foyer infectieux. Les mêmes phénomènes, remarque Pierre Delbet, s'observent après hystérectomie pour fibrome utérin sans ovariotomie.

Pour, on donne encore la régression de l'obésité à la suite d'un traitement destiné à combattre l'insuffisance testiculaire ou ovarienne. Je dirai, en exposant quelques considérations thérapeutiques, ce qu'il faut penser de cet argument.

(1) Labbé (Marcel) et Stévenin (H.). *Le métabolisme basal.* Masson et Cie, Paris, 1929, p. 194.

(2) Sansot (Maurice). Contribution à la pathogénie des obésités infantiles (étude hormonale de quelques cas). *Thèse de Marseille*, 1940. Imprimerie de la Société du *Petit Maseillais.*

(3) Sainton (P.), Simonnet (H.), Brouha (L.). *Endocrinologie clinique, théraputique et expérimentale.* Masson et Cie, Paris, 1937.

(4) Nobécourt (Pierre). L'infantilisme par anorchidie ou anovarie primaires. *Gazette des Hôpitaux*, 114e année, nos 87-88, 29 octobre-1er novembre 1941, p. 857.

(5) Vignes (Henri). *Physiologie gynécologique. Maladies des Femmes.* Masson et Cie, Paris 1929.

L'exposé ci-dessus autorise à conclure que la *carence des glandes sexuelles*, testicules et ovaires, *n'est pas une cause d'obésité.*

Comme je le disais en 1931, à propos de l'obésité simple des filles à la période pubertaire, « il peut exister simultanément de l'insuffisance ovarienne et de l'obésité ; mais elles sont intriquées et la seconde ne dépend pas de la première ».

Beaucoup de médecins partagent cette opinion. Je citerai seulement celle de Louis Louvet, en 1934 : « L'insuffisance génitale ne nous a pas paru jouer un rôle... important. Son existence nous a paru improbable dans tous les cas observés avant la période pubertaire. Dans l'obésité de la puberté, nous avons noté assez fréquemment un certain retard de l'évolution génitale, sans que l'on fût autorisé à parler d'insuffisance. »

Si la carence sexuelle n'est pas un facteur d'obésité, la *carence testiculaire* intervient dans la *répartition de la surcharge graisseuse* suivant la modalité féminine. Chez le garçon cette répartition est, plus que l'obésité elle-même, le caractère principal du syndrome adiposo-génital ; elle est une des manifestations du *féminisme* (1). Chez la fille, la carence ovarienne devrait, au contraire, atténuer cette modalité.

L'obésité est la cause de la carence sexuelle

La carence sexuelle n'est pas la cause de l'obésité. D'après divers auteurs, ce serait celle-ci qui serait la cause de celle-là.

D'après Georges Mouriquand (2), « la plupart des fillettes sont tardivement réglées et parfois, seulement, lorsque diminue leur obésité. Un simple traitement diététique du trouble de la nutrition a pu, dans certains cas, leur rendre la menstruation ou plus tard la fécondité ».

Pour Apert (3), « la surnutrition, et plus encore l'alimentation vicieuse n'entraînent sans doute l'obésité que parce qu'elles ont pour conséquence des altérations des glandes endocrines. M. Houssay a vu que les poules nourries exclusivement de viande pondaient des œufs de moins en moins nombreux et donnaient une proportion d'éclosions de moins en moins forte. L'alimentation vicieuse entrave donc le fonctionnement ovarien. C'est l'obésité qui entraîne l'atrophie génitale et non l'inverse, car les eunuques sont le plus souvent maigres et les ovariotomisées ne deviennent pas habituellement obèses ».

Pour Léopold Lévy (3) se pose la question suivante : « L'engraissement ne peut-il exercer une influence fâcheuse sur le fonctionnement et le développement des glandes, en particulier génitales ? » Il répond par l'affirmative, à propos d'un garçon de 9 ans, soumis à la suralimentation, « présentant une obésité moyenne qui s'accompagnait d'hypogénine testiculaire et de féminisme ». Il pense que « la suralimentation, produisant la surcharge graisseuse, a entravé... le développement des testicules ». La restriction alimentaire, pendant un an, a fait maigrir l'enfant, fait progresser le développement testiculaire et fait réapparaître l'habitus masculin.

Gregorio Marañon écrit : « Souvent nous avons vu des enfants qui, par exemple, après une poussée évolutive tuberculeuse, ont été soumis à une cure prolongée de suralimentation et de repos ; ils ont engraissé et, peu à peu, ils ont montré des signes indiscutables, inexistants auparavant, de perturbation glandulaire. Les glandes, qui paraissent surtout touchées à la suite de la suralimentation sont les glandes thyroïde et génitales... Les travaux d'il y a quelques années (1914-1918), de Gley et ses élèves, ont montré que, chez les oiseaux, une alimentation anormale, riche en protéines, produit des lésions testiculaires parfois si profondes qu'apparaissent les symptômes généraux de l'insuffisance génitale et que l'on peut parler d'une véritable *castration alimentaire.* »

Les citations qui précèdent autorisent à penser que la suralimentation est une cause d'obésité et de la carence des glandes sexuelles. Elles ne prouvent pas que la première soit la cause de la seconde. L'obésité et la carence des glandes sexuelles relèveraient d'un même facteur et rentreraient dans le groupe que je vais étudier.

L'obésité et la carence sexuelle relèvent des mêmes causes

La modalité clinique la plus caractéristique d'une obésité et d'une carence des glandes sexuelles est réalisée par le syndrome adiposo-génital de Babinski-Fröhlich. Ce syndrome est caractérisé par *l'obésité* et par *l'arrêt du développement* ou *l'atrophie des glandes sexuelles*, il est individualisé par l'intrication d'un *syndrome neurologique* particulier. Quand ce dernier fait défaut il n'y a pas de syndrome de Babinski-Frohlich. La cause de ce syndrome réside dans une tumeur de l'hypophyse intéressant la région infundibulo-tubérienne ; mais il est des cas où les centres nerveux sont seuls intéressés, où l'hypophyse est ou paraît être indemne.

Depuis 1900-1901, époque où Babinski et Fröhlich ont publié les observations de leurs malades, on a beaucoup discuté sur le rôle respectif de l'hypophyse, particulièrement de l'antéhypophyse, et de la région infundibulo-tubérienne dans la réalisation du syndrome : à la théorie

(1) Nobécourt (Pierre). Du féminisme dans l'enfance et la jeunesse. *Gazette des Hôpitaux*, 115e année, nos 7-8, 28-31 janvier 1942.

(2) Mouriquand (Georges). Les orientations cliniques, pathogéniques et thérapeutiques nouvelles de la question de l'obésité infantile. Le syndrome adiposo-génital de l'enfant. *Association Française de Pédiatrie. Premier Congrès des Pédiatres de Langue Française*, 1913. G. Steinheil, Paris 1914.

(3) Apert, Léopold Lévy. Discussion sur l'obésité chez les enfants. *Association Française de Pédiatrie. Premier Congrès des Pédiatres de Langue Française*, 1913, G. Steinheil, Paris, 1914.

endocrinogène de Biedt et de Cushing (1910) était opposée la théorie neurogène d'Aschner (1912), de Camus et Roussy (1913).

Une telle opposition n'est plus fondée. « L'étude minutieuse de la substance grise de la base du 3e ventricule, disent Roussy et Moringer (1), celle de la région tubérienne d'abord, celle de la région avoisinante ou hypothalamus ensuite, a conduit à la notion de l'existence d'un véritable système couplé neuro-glandulaire, le *complexe hypothalamo-hypophysaire.* » Ce système tient sous sa dépendance la plupart des fonctions métaboliques, notamment le métabolisme des lipides, des glucides, des protides, ainsi que la croissance et les fonctions génitales.

Ces données physiologiques autorisent à penser qu'à côté du syndrome adiposo-génital de Babinski-Fröhlich, dépendant de lésions évidentes, les syndromes adiposo-hypogénitaux pourraient relever de troubles des fonctions hypothalamo-hypophysaires (2). Mais ce n'est pas ici le lieu d'exposer ces faits.

Je ne parle pas du rôle de la carence de la GLANDE THYROÏDE. Celle-ci peut être la cause d'un retard ou d'une absence de l'évolution pubérale, d'une carence des glandes sexuelles. Mais, et pour des raisons que j'ai exposées ailleurs (3), elle ne me paraît pas responsable de l'obésité. D'ailleurs, peut intervenir une déficience de la thyréo-stimuline sécrétée par l'antéhypophyse.

Conclusions et considérations thérapeutiques

Si on analyse les faits avec précision, on constate que, chez les enfants et les jeunes gens, l'intrication de l'obésité et d'une carence sexuelle, réalisant un *syndrome adiposo-hypogénital* est plus rare qu'on ne le prétend souvent.

La *carence sexuelle n'est pas la cause de l'obésité.* La *suralimentation* et un *régime alimentaire défectueux* sont souvent la cause de l'obésité et peut-être celle de la carence sexuelle ; mais l'obésité ne paraît pas être responsable de la carence sexuelle. Il semble, d'ailleurs, qu'un rôle important doivent être dévolu pour la réalisation de ces deux manifestations à un trouble du complexe hypothalamo-hypophysaire et à des facteurs endogènes.

Ces précisions ont un grand intérêt dogmatique ; elles comportent, en outre, des CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES.

Les médecins, qui pensent que l'obésité dépend de la carence sexuelle, cherchent à combattre la première en traitant la seconde. Certains auraient observé des effets favorables par ce traitement.

J'estime qu'ils se font des illusions. Souvent, ils prescrivent en même temps un régime de restriction qui peut être efficace. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que souvent, l'âge venu, spontanément l'obésité régresse et les fonctions sexuelles prennent leur essor ; ces améliorations sont contemporaines mais ne sont pas subordonnées l'une à l'autre.

Par exemple, Edmond Weill (4) relate les observations de trois garçons obèses présentant un arrêt du développement des testicules et de la verge. Il pratique avec un lien élastique une compression de la racine de la verge et des bourses pour provoquer de la congestion passive des testicules. Il constate une augmentation du volume des organes génitaux et, en même temps, la disparition de l'obésité.

On a insisté sur **l'opothérapie testiculaire** ou **ovarienne**. « Le traitement de l'obésité ovarienne, écrivent P. Sainton, H. Simonnet et L. Brouha, consistera dans l'emploi des extraits ovariens et surtout dans les injections de folliculine, jointes au régime et à l'exercice. »

Présentée sous cette forme, l'indication de l'opothérapie ovarienne ne me paraît pas justifiée. Cette indication ne réside pas dans l'obésité, mais dans les troubles sexuels. Je ne puis que répéter ce que je disais en 1924 : « Quant à l'*opothérapie ovarienne* ou *orchitique*, elle est utile non pas contre l'obésité mais contre les troubles sexuels qui lui sont si souvent associés. » C'est également l'opinion d'Henri Grenet (5) : « L'opothérapie ovarienne ou orchitique est utile lorsqu'il existe une insuffisance génitale. »

D'ailleurs, écrit Henri Simonnet (6) : « Il ne semble pas que l'obésité qui suit parfois l'ovariectomie ou la ménopause soit influencée par l'administrations de folliculine, même à dose élevée (Kaufmann, Berger, Guggisberg.) »

Dans ces dernières années, l'emploi du *propionate* et de *l'acétate de testostérone* a définitivement tranché la question.

(1) ROUSSY et MORINGER. Le diencéphale et les mécanismes régulateurs de la vie organique. *Académie de Médecine*, 16 décembre 1941, p. 373.

(2) NOBÉCOURT (P.). *Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines.* Masson et Cie, Paris 1936. — XVII et XVIII. Sur une fille obèse présentant un syndrome chiasmatique. Le syndrome chiasmatique et ses causes. L'obésité dans les affections de l'hypophyse et de l'hypothalamus (26 janvier et 2 février 1935).

(3) NOBÉCOURT (P.) et LEBÉE (L.). *Loc. cit.*

(4) WEILL (Edmond) a communiqué ces faits à *l'Association Française de Pédiatrie. Premier Congrès des Pédiatres de Langue Française*, 1913. G. Steinheil, Paris, 1914. Cette communication ne se trouve pas dans les *Comptes Rendus*. Mouriquand en fait mention dans son rapport. *Loc. cit.*

(5) GRENET (H.). *Conférences cliniques de médecine infantile. Cinquième série.* Vigot frères, Paris 1938. — XIII. L'obésité chez les enfants.

(6) SIMONNET (Henri). Le rôle de l'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique. Etude expérimentale clinique et thérapeutique. *Thèse de Paris*, 1936. Masson et Cie, p. 334.

« Il y a un fait qui est très remarquable, disent R. Moricard, R. Bize et F. Saulnier (1), l'injection d'ester de testostérone à des adiposo-génitaux est généralement suivie d'augmentation de poids. Cette augmentation a été surtout sensible chez les enfants jeunes... L'état antérieur semble, d'ailleurs, avoir une certaine importance et l'augmentation de poids semble être plus sensible chez les adiposo-génitaux... Chez nos malades, il y a, en outre, une modification de la répartition topographique des graisses, moins mammaire, moins pubienne, moins iliaque et davantage abdominale. » L'augmentation de poids a pu être de 5 kilos.

J'ai constaté moi-même, avec Sotirios Briskas (2), au cours de traitements par la testostérone, des augmentations de poids de 3 kilos en une année chez un infantile de 22 ans, de 11 kilos en deux années chez un juvénile de 20 ans, par atrophie des testicules survenue à l'âge de 15 ans.

Il ne faut donc pas compter sur l'opothérapie sexuelle pour combattre l'obésité. La testostérone n'a, d'autre part, aucune action sur les testicules.

Par ailleurs, ces données thérapeutiques apportées par l'emploi de la testostérone confirment l'opinion exposée au cours de ce mémoire, à savoir que la *carence sexuelle, intriquée à l'obésité, n'est pas la cause de cette dernière.*

(1) MORICARD (R.), BIZE (R.) et SAULNIER (F.). Développement de l'appareil génital et modifications psychologiques à type pubertaire provoquées par l'injection d'hormones (testostérone, folliculine, mitosine). *Société de Pédiatrie de Paris*, 6 juillet 1937, p. 477.

(2) NOBÉCOURT (Pierre) et BRISKAS (Sotirios). Traitement par la testostérone d'un garçon de vingt-deux ans présentant une hypotrophie staturale et un infantilisme d'origine hypophysaire (tumeur de la poche de Rathke). *Académie de Médecine*, 22 juillet 1941.

Juvénilisme chez un garçon de vingt ans par atrophie des testicules à l'âge de quinze ans. Efficacité du traitement par la testostérone. *Académie de Médecine*, 2 décembre 1941.

LE SOMNAMBULISME ÉPILEPTIQUE

par L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA

On doit réserver le terme de somnambulisme aux manifestations psycho-motrices, survenant au cours du sommeil physiologique, pendant lesquelles l'individu exécute des mouvements, des actes généralement inadaptés, parfois semblables à ceux qu'il accomplit à l'état de veille, parfois plus précis ou plus périlleux, actes témoignant d'une activité psychique qui ne laisse aucune trace dans la mémoire, car l'amnésie consécutive porte sur toute la durée de l'état somnambulique.

On tend à admettre actuellement trois types de somnambulisme : le somnambulisme hystérique ; le somnambulisme physiologique qui s'observe surtout chez l'enfant ; le somnambulisme épileptique, le seul que nous avons en vue ici.

Notre exposé portera : 1° sur l'étude des actes automatiques qui sont apparus au cours de leur sommeil chez des individus qui sont devenus plus tard épileptiques ; 2° sur l'étude des actes automatiques qui peuvent s'observer chez les épileptiques au cours de leur sommeil.

C'est surtout dans l'enfance que l'on observe le somnambulisme et, comme forme voisine, les terreurs nocturnes qui s'accompagnent fréquemment d'actes automatiques. Pour préciser leur fréquence chez les épileptiques nous n'avons retenu parmi nos nombreuses observations que 70 cas dans lesquels nous avons pu obtenir des renseignements complets sur les antécédents des sujets. Parmi ceux-ci nous relevons que 8 ont présenté des accès de déambulation considérés comme une forme de somnambulisme infantile et que 15 ont été atteints de terreurs nocturnes accompagnées d'actes automatiques. Chez aucun de ces malades le diagnostic d'épilepsie ne fut posé au moment de leurs accès somnambuliques.

Les seules particularités que nous relevons sont les suivantes : deux de nos malades, après avoir eu plusieurs accès de somnambulisme dans leur enfance, présentèrent de nouveau des actes de déambulation nocturne quand apparurent les premières crises épileptiques chez l'un, à 23 ans, chez l'autre, à 32 ans. Un troisième fut atteint de somnambulisme jusqu'à l'âge de 10 ans. Il se levait la nuit, les yeux ouverts, le regard hagard. Sa mère le recouchait sans qu'il se réveillât ; l'amnésie était complète le lendemain. A dix ans, les accès somnambuliques disparurent sous l'influence d'un traitement au gardénal. Les premières crises comitiales firent leur apparition à 16 ans et ce sujet n'a plus présenté d'accès somnambuliques dans la suite.

La succession des différents phénomènes est particulière dans un quatrième cas, car les crises épileptiques précédèrent l'apparition du somnambulisme. Ce sujet, âgé actuellement de 23 ans, a été atteint de convulsions infantiles à l'âge de 4 ans à la suite d'une rougeole. Les accès convulsifs se répétèrent d'abord généralisés, puis se transformèrent en simples secousses de courte durée. Entre 7 et 10 ans, il présenta des accès somnambuliques suivis d'amnésie. Au cours d'un de ces accès nocturnes de déambulation, on oberva une crise convulsive. Depuis l'âge de 10 ans, les accès convulsifs épileptiques se sont répétés sans que l'état somnambulique reparaisse.

Des actes automatiques peuvent être accomplis au cours des terreurs nocturnes qu'il serait préférable d'appeler terreurs du sommeil (Nobécourt) puisqu'elles peuvent survenir aussi bien au cours du sommeil diurne que nocturne. Sous ce terme on décrit un accès hallucinatoire à caractère effrayant, à forte charge affective, survenant au cours du premier sommeil chez l'enfant ou l'adolescent, rarement chez l'adulte.

L'enfant se réveille brusquement, se dresse sur son lit, pousse des cris. Les hallucinations visuelles sont prédominantes, entraînant parfois des tentatives de fuite, de lutte contre des personnages imaginaires. Le sujet est en proie à une angoisse intense ; son facies exprime la peur. Il reste complètement étranger à ce qu'on lui dit pendant les quelques minutes que dure l'accident. Souvent une émission volontaire d'urine a lieu et le sujet se rendort immédiatement. Au réveil il n'a gardé aucun souvenir de son cauchemar terrifiant. Il est rare que plusieurs accès aient lieu la même nuit.

Dans nos 15 observations, nous notons que chez un sujet les terreurs nocturnes furent une fois suivies de convulsions. Chez un autre, elles persistèrent jusqu'à l'âge de 12 ans ne survenant qu'au cours d'accès de fièvre. Chez un troisième sujet, elles se prolongèrent jusqu'à l'âge de 25 ans et les crises épileptiques n'apparurent qu'à l'âge de 43 ans.

Les terreurs nocturnes, quoique plus rarement, peuvent aussi s'observer chez l'adulte ; elles peuvent être en rapport avec des affections mentales diverses, mais elles sont souvent symptomatiques du mal comitial.

Une de nos malades a sa première crise à l'âge de 36 ans sous forme d'un cauchemar ; elle se réveille en sursaut, elle a la sensation d'être dans un endroit bizarre, dangereux. L'anxiété est intense ; la crise est de courte durée. Un mois et demi après, la malade remarque un matin que son lit est mouillé, deux mois plus tard, qu'elle a uriné au lit et qu'elle s'est mordu la langue. Les réveils en sursaut se font ensuite plus fréquents. Plusieurs fois, quand la malade a repris conscience, elle s'est trouvée hors de son lit, incapable de s'orienter. Actuellement les crises de terreur nocturne alternent avec les accès convulsifs.

***

Le somnambulisme comitial quand il apparaît chez l'adulte survient le plus fréquemment entre 20 et 35 ans. Chaslin le signale comme première manifestation d'épilepsie tardive chez un sujet âgé de 60 ans. Au point de vue sexe, nous notons que sur 12 cas, 8 appartiennent au sexe masculin.

Outre les deux observations précédemment citées à propos du somnambulisme infantile, ce n'est que dans une troisième observation que nous notons que les actes automatiques survenant au cours du sommeil ont précédé de quelques mois le début des crises convulsives. Il s'agit d'un jeune homme qui à l'âge de 18 ans présente au cours de la nuit l'accès suivant : Couché dans un lit clos (lit breton), il saute de son lit, met ses sabots, fait plusieurs fois le tour de sa chambre, se recouche et se rendort. Le lendemain matin l'amnésie est complète. Un an après cet incident qui ne s'est plus reproduit, il est atteint de crises convulsives épileptiques.

Parmi les observations suivantes, qui mettent en lumière les caractères des actes accomplis au cours du somnambulisme épileptique, les deux premières ont trait à des cas dans lesquels accès épileptiques convulsifs et accès somnambuliques coexistent ; dans la troisième observation, les accès épileptiques font d'abord leur apparition et les crises d'automatisme nocturne ne surviennent que plus tard. Dans la quatrième observation, la malade avait présenté des crises de somnambulisme et de terreurs nocturnes dans son enfance ; les premières crises épileptiques apparurent à l'âge de 23 ans pour se transformer, à 32 ans, en simples absences avec actes automatiques survenant aussi bien la nuit que le jour. Dans la cinquième observation, les accès somnambuliques constituent les principales manifestations épileptiques et au cours de ceux-ci des actes dangereux sont commis.

Observation I. — M. Ros... (Jules), âgé de 33 ans, souffre depuis l'âge de 29 ans de crises épileptiques le plus souvent nocturnes ; il présente en outre des accès de somnambulisme d'une durée de quelques minutes seulement. Il se lève, se dirige vers la cuisine, va remuer les casseroles, puis revient se coucher. Une autre nuit il se lève, se dirige vers les water-closets, puis urine par terre ; il garde le lendemain un souvenir vague de son acte. A deux autres reprises il s'est ainsi levé et est allé uriner par la fenêtre. Au cours d'un autre accès, il se lève, met sa chemise de jour par-dessus sa chemise de nuit et répond à sa femme qui l'interroge que c'est à cause du froid ; le lendemain il ne garde aucun souvenir de son acte.

Observation II. — M. Fli... (Maurice) est âgé de 60 ans. Depuis l'âge de 39 ans il présente des crises épileptiques surtout nocturnes et des accès somnambuliques d'une durée de deux minutes environ. Il se lève, marche sans parler, fait « un tour dans la salle à manger » et retourne à son lit. Une nuit il s'est levé à quatre reprises pour aller uriner dans la cuisine. Au cours d'une autre crise somnambulique il s'est levé, plia sa chemise de nuit et se dirigea vers les water-closets ; sa femme remarqua au cours de cet épisode quelques mouvements cloniques des muscles faciaux. Tous ces accès furent suivis d'amnésie.

Observation III. — M. Pen... est âgé de 30 ans. Il est atteint depuis l'âge de 14 ans de crises épileptiques nocturnes. En octobre 1939, à la suite d'une crise il présente un état confuso-onirique de courte durée et il prend ensuite 0,20 de gardénal par jour. Quelques mois plus tard, apparaissent les premières manifestations somnambuliques. Au cours de son sommeil, vers le matin, il se lève en pyjama « à moitié endormi », dit sa mère, et s'égare dans la maison à la recherche des water-closets ; puis il se recouche ; le lendemain il se rappelle vaguement ce qui s'est passé la nuit. Un mois après et à la même heure, il ouvre la porte de sa chambre qui donne sur un balcon et urine sur le balcon. Le lendemain amnésie partielle de ce qui a eu lieu ; il se rappelle qu'il pleuvait. Trois semaines après il présente une troisième crise de somnambulisme avec désorientation. Au cours de ces déambulations nocturnes il marche les yeux ouverts, paraît égaré, « il n'est pas dans son état normal » dit sa mère. Son facies cependant ne paraît pas changé.

Observation IV. — Mme Du... (Jeanne), est âgée de 48 ans. Les premières crises comitiales apparurent à l'âge de 23 ans. A partir de 32 ans elles ne consistent plus qu'en des absences. Des actes automatiques ont lieu parfois la nuit au cours du sommeil. Une fois, elle s'est levée et démonta toutes les lampes électriques de sa chambre sans les casser. Une autre fois elle barbouilla sa pendule avec ses matières fécales. A noter que cette malade a présenté des crises de terreur nocturne et de somnambulisme dans son enfance.

Observation V. — M. Cou... est âgé de 30 ans. Il présente des crises de somnambulisme depuis l'âge de 20 ans. Il se lève, se promène dans la chambre. Quand il reprend ses sens une demi-heure après, il se trouve en dehors de son lit. Parfois son sommeil est agité ; il parle tout seul. Amnésie complète des actes accomplis.

Dans la journée il souffre de vertiges d'une durée de quelques secondes, se répétant deux à trois fois par semaine. Depuis un an les vertiges deviennent plus fréquents. Trois fois ils ont été suivis de chute et de perte de connaissance, une seule fois de morsure de la langue.

Dernièrement au cours d'une crise nocturne il s'est levé, a empoigné sa femme par les pieds, la sortit du lit et la traîna dans le couloir. Celle-ci se défendit, le giffla et réussit à se libérer. Le malade n'est revenu à lui qu'une demi-heure après le début du trouble. Il se coucha sans donner d'explications à sa femme.

***

Le somnambulisme épileptique rentre dans le groupe général des états d'automatisme épileptique. Il débute au cours du sommeil. Ses caractères particuliers sont sa courte durée qui, d'après nos observations, ne varie que de quelques minutes à une demi-heure ; il survient souvent à la même heure de la nuit pour le même malade. Le retour à l'état normal peut se faire brusquement sous l'influence d'une incitation extérieure. Le plus souvent le sujet se recouche ou est recouché avant la fin de l'accès et il se rendort paisiblement. Au réveil, amnésie complète.

Le somnambulisme épileptique peut être incoordonné, coordonné ou eupraxique et tous les intermédiaires entre ces manifestations motrices peuvent s'observer.

Il s'agit généralement d'un automatisme incoordonné. Les actes sont inadaptés, sans signification ; le sujet se lève, reste en chemise ou se couvre sommairement. Il marche dans sa chambre ou se rend dans une pièce voisine. La déambulation l'entraîne rarement dans un lieu éloigné, contrairement à ce que l'on peut observer dans l'automatisme ambulatoire diurne. Il ne répond pas si on lui parle, ou ses propos n'ont aucune suite. Le timbre de sa voix est changé. Quelquefois, il prononce des phrases qu'il a l'habitude d'émettre au cours de son activité normale. Un de nos malades, à chaque accès, dit à sa femme qui veut le faire recoucher : « Laisse-moi tranquille. » Généralement le facies du sujet est pâle, les yeux sont ouverts. Quelques secousses dans les muscles de la face peuvent se produire.

Parmi les actes accomplis, le plus fréquent est celui qui consiste à uriner dans un coin de l'appartement. Le malade se laisse souvent conduire docilement ; il peut même obéir à des ordres simples. Certains entrent en fureur quand on tente de les arrêter dans leur déambulation. Aussi des actes dangereux peuvent être commis.

Les manifestations motrices coordonnées, déjà plus rares au cours de l'automatisme de veille que les actes inadaptés, sont exceptionnelles au cours du somnambulisme épileptique (de Morsier). Les malades se livrent à des actes peu compliqués qu'ils ont l'habitude d'accomplir quotidiennement d'une façon pour ainsi dire réflexe ; chez la femme, ils consistent presque toujours en travaux de ménage. Au cours de cette forme d'automatisme, on peut toujours observer quelques signes qui dénotent leur caractère pathologique. La parole est brève ou suspendue ; les gestes sont moins précis. Le sujet reste en chemise ou se couvre incomplètement. Parmi nos observations, nous ne relevons que la suivante dans laquelle les actes répondent à cette forme eupraxique.

Observation VII. — Mme Bro... est âgée de 38 ans. A l'âge de 28 ans, et 8 jours après un accouchement, elle présente ses premiers accidents comitiaux. Quelques mois plus tard apparaissent des crises d'automatisme ambulatoire diurnes et nocturnes. Les accidents nocturnes ont lieu le plus souvent au cours du premier sommeil, à heure fixe, et ont une durée de 10 minutes à un quart d'heure. Ils surviennent parfois après une crise convulsive, mais peuvent avoir lieu spontanément. La malade se lève, s'habille et se remet à faire des travaux de ménage. Son activité ne répond à aucune nécessité du moment : elle fait la vaisselle, relave des assiettes ; elle déplie et replie du linge ; elle exécute plus rarement des actes complexes d'une manière coordonnée. C'est ainsi qu'une fois elle a fait le café au lait, mit le couvert sur la

table et servit le café qui, d'après son mari, était fait correctement. Au cours de ces actes, son regard est hagard, ses membres sont légèrement raides. Elle répond parfois aux questions posées par son mari, mais d'une manière imparfaite et souvent en breton, langue que celui-ci ne comprend pas. Conduite par son mari à son lit, elle n'oppose aucune résistance et se rendort rapidement. L'amnésie est complète le lendemain matin.

***

D'après les faits que nous venons d'exposer, nous relevons que dans aucun cas de somnambulisme infantile suivi plus tard de mal comitial, le diagnostic d'épilepsie ne fut posé, ni même un pronostic possible d'épilepsie. Les parents de nos malades n'avaient pas consulté de médecins spécialistes pour des accidents peu fréquents et considérés comme bénins. Il en fut de même des terreurs nocturnes. Il est d'observation courante que ces deux états peuvent n'avoir aucune suite fâcheuse et n'être que la traduction d'un état émotif simple (Bize, Marcotorchino), de troubles gastro-intestinaux, d'auto-intoxications (Comby) ; ils peuvent être en rapport avec la présence de parasites intestinaux. C'est la raison pour laquelle ils entraînent si peu souvent des mesures prophylactiques. Et cependant ils peuvent être symptomatiques de lésions de l'encéphale (Moizard), de méningite, d'encéphalite, de scléroses cérébrales, de syphilis cérébrale.

Chez tout sujet atteint de terreurs nocturnes ou de somnambulisme à accès fréquents, un examen du fond de l'œil et du liquide céphalo-rachidien s'impose ; on constatera parfois des réactions méningées (P. Boncour).

En résumé, somnambulisme et terreurs du sommeil peuvent être symptomatiques de lésions méningo-cérébrales dont les séquelles se traduiront plus tard cliniquement par des crises épileptiques. Chez tout individu qui a été atteint de convulsions infantiles et qui présente des accès fréquents soit de somnambulisme, soit de terreurs nocturnes, et surtout si l'on note chez lui des troubles du comportement tels que impulsivité, irritabilité, tendances perverses (G. Robin), des réserves doivent être faites sur la possibilité d'un développement futur du mal comitial et dans certains cas leur nature épileptique pourra d'emblée être affirmée. On devra tenir compte également des tares héréditaires des sujets et principalement des tares hérédo-alcooliques et hérédo-syphilitiques. Dans les observations de Jules Simon, de Zuccarelli, de Serra, les terreurs nocturnes ou les crises de somnambulisme se présentent comme des équivalents comitiaux.

Les terreurs et les actes automatiques nocturnes peuvent être pendant longtemps les seules manifestations d'une épilepsie convulsive latente. Dans l'observation suivante, on note, comme stades successifs, des terreurs nocturnes, des actes automatiques nocturnes et seulement à l'âge de 26 ans une crise épileptique classique.

Observation VIII. — M. Sai... est âgé de 26 ans ; il est atteint à l'âge de 7 ans de crises nocturnes caractérisées uniquement par de légères secousses convulsives des lèvres. Vers l'âge de 10 ans les crises prennent la forme de terreurs nocturnes avec cris, il appelle sa mère et saute de son lit. Il faut le recoucher. A partir de l'âge de 18 ans, l'automatisme s'accentue au cours des crises. Sai... se lève en sursaut, toujours au cours du premier sommeil ; parfois il crie « au secours ». Il se dirige vers une porte ou vers une fenêtre, puis il faut le remettre au lit. Tous ces phénomènes s'accompagnent le lendemain de céphalées marquées.

Depuis peu de temps les actes automatiques deviennent plus fréquents et importants. Parfois Sai... casse des objets qui se trouvent autour de lui, les bibelots, la lampe de chevet ; il donne un coup de pied dans un meuble, puis il se recouche ; il exécute quelquefois les ordres de sa femme, parle tout seul : « Tu m'embêtes, laisse-moi tranquille. » Le plus souvent les paroles sont incompréhensibles. Au cours de certaines crises il exécute seulement des mouvements de préhension ; il attrape les objets qui se trouvent autour de lui ou bien il serre violemment les poignets de sa femme. Ces phénomènes, au cours desquels la pâleur du malade est manifeste, durent 1 à 2 minutes. L'amnésie est complète le lendemain.

Il y a quelques mois il présenta une crise d'épilepsie convulsive classique.

Le traitement par le gardénal ou le belladénal a diminué le nombre des accidents.

L'enregistrement électro-encéphalographique a montré un tracé normal (Prof. Baudouin et Dr Fishgold).

***

Les terreurs nocturnes peuvent donc précéder l'apparition de l'épilepsie classique ou coexister avec elle. Naville et Brantman énumèrent ainsi les caractères différentiels des terreurs nocturnes accompagnées d'actes automatiques ou de déambulation qui doivent orienter le diagnostic en faveur de l'épilepsie. Les mêmes considérations peuvent s'appliquer au somnambulisme infantile.

Après avoir montré que ces accidents peuvent s'accompagner d'actes plus ou moins compliqués ou de discours fragmentaires, ces auteurs donnent comme signes de grande valeur la stéréotypie dans le contenu et dans l'horaire des accès, l'aspect de l'enfant, sa pâleur et son regard fixe, la fréquence des accès, l'amnésie immédiate plutôt que l'amnésie constatée le lendemain, les sensations éprouvées par le sujet à son réveil telles que céphalées, vertiges, étouffements. Chez plusieurs de nos malades, on pouvait constater au cours de l'accès l'ébauche de quelques mouvements convulsifs. La période marquée par la présence de terreurs nocturnes ou de somnambulisme infantile est généralement exempte d'accidents convulsifs épileptiques. Par contre, ces accidents se suspendent généralement quand apparaissent les premières crises comitiales, comme s'il existait une suppléance entre les deux sortes de phénomènes. Ajoutons que le traitement antiépileptique pourra par son efficacité aider à préciser le diagnostic.

Pour Heuyer, certaines terreurs nocturnes revêtent les caractères d'un équivalent confusionnel épileptique.

En présence d'un accès somnambulique survenant chez l'adulte, divers diagnostics doivent être discutés, soit qu'il s'agisse de manifestations psycho-motrices au cours des intoxications, et surtout de l'intoxication alcoolique, soit au cours des infections, des encéphalites, de la paralysie générale ; mais les trois formes les plus importantes qui doivent être différenciées, sont le somnambulisme épileptique, le somnambulisme hystérique, le somnambulisme physiologique.

Quelques rares auteurs n'admettent pas le somnambulisme épileptique qui, pour eux, serait toujours de nature hystérique. Pour Kelle, quand on le constate chez des épileptiques, on peut noter « les symptômes ou plutôt les désordres qui accompagnent l'hystérie ». Sur 110 épileptiques, il trouve 4 cas avec somnambulisme ; ces malades, d'après lui, étaient en même temps hystériques. Pour Bernheim, il est possible que le somnambulisme des épileptiques soit non pas une crise larvée d'épilepsie mais une auto-suggestion active, hallucinatoire ou non, un rêve en action créé par un cerveau ébranlé par un choc émotif violent qui a perdu son contrôle.

Si l'on groupe sous le terme de somnambulisme les états psychiques qui surviennent au cours du sommeil et qui entraînent des actes automatiques, on ne peut nier le somnambulisme épileptique, véritable équivalent qui ne difffère des actes automatiques épileptiques diurnes, si fréquents au cours des absences, que par son apparition au cours du sommeil. Westphall, Fischer, Krafft-Ebing, de Sanctis, Raymond, Roger en ont rapporté des exemples.

Si chez le jeune enfant, il est exceptionnel que l'on pose le diagnostic d'accident épileptique en présence d'un accès de somnambulisme, surtout quand d'autres symptômes qui pourraient étayer le diagnostic font défaut, il n'en est plus de même chez l'adulte. Comme le fait remarquer Picard : « Plus son apparition est tardive (après trente ans par exemple), plus celui-ci aura de chance de relever de la comitialité. »

Le diagnostic entre le somnambulisme épileptique et le somnambulisme hystérique ne présente aucune difficulté. On ne doit pas assimiler, comme le fait Despine, le somnambulisme hystérique à la grande crise hystérique se manifestant par « des secousses violentes dans les membres, des sauts, des cris, de l'agitation, des grimaces, des gesticulations, des contorsions ». Au cours du somnambulisme dit hystérique les actes sont en rapport avec une idée précise, consciente et mnésique puisque les souvenirs peuvent être rappelés par l'hypnose. La conduite du sujet est correcte et aucune violence n'est commise pendant la crise (Echeverria, Ottolenghi).

Cette forme de somnambulisme est devenue exceptionnelle depuis que les travaux de Babinski nous ont appris à rechercher la simulation et la supercherie. Au cours du somnambulisme épileptique, même quand les actes sont coordonnés ou accomplis avec une certaine logique, on note toujours quelques défaillances des fonctions intellectuelles supérieures. L'amnésie consécutive est totale ; les souvenirs ne peuvent être rappelés par l'hypnose.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer au diagnostic différentiel du somnambulisme épileptique avec le somnambulisme physiologique puisque ce dernier est assimilé par la plupart des auteurs au somnambulisme hystérique. D'après les travaux de Pitres, les sujets, pendant l'accès, ont leurs actes dirigés par une idée dominante ; ils agissent en apparence comme des gens raisonnables. Pour Bernheim « le somnambulisme (physiologique) est un phénomène de conscience et l'épileptique pendant son attaque est inconscient, il ne rêve pas ; son imagination est éteinte comme l'est sa cérébration active ». On doit également tenir compte pour le diagnostic des manifestations morbides qu'ont pu présenter antérieurement les sujets telles que convulsions infantiles, retards de développement mental et physique, énurésie tardive, troubles du caractère, qui sont si fréquentes chez les épileptiques. Enfin, après tout accès de somnambulisme, on recherchera s'il n'est pas apparu à la suite d'un accès comitial nocturne au cours duquel le sujet aura uriné au lit ou se sera mordu la langue.

L'Infirmière hospitalière (guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale, Bordeaux). 2 volumes avec figures. Tome I. Organisation de la profession d'infirmière. Soins généraux aux malades. Médecine. Prix : 44 francs. — Tome II. Chirurgie. Obstétrique. Puériculture et médecine infantile. Oto-rhino-laryngologie. Ophtalmologie. Physiothérapie. Prix : 46 francs. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs.

La formation des infirmières, par le Dr Arlette BUTAVAND, médecin de l'Ecole d'infirmières et de visiteuses de Lyon et du Sud-Est, médecin des dispensaires d'hygiène sociale. Préface de Jean Lépine, de l'Institut. 1 volume de 184 pages. Prix : 58 fr. 50. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs.

ACTUALITÉS

A PROPOS DE L'INTOXICATION PAR LE BROMURE DE MÉTHYLE

par R. Levent

Le bromure de méthyle, à la température ordinaire, gaz d'odeur éthérée, bien que donnant avec l'air un mélange détonant n'en possède pas moins des propriétés anticomburantes qui le font employer dans certains extincteurs. Aussi les intoxications qui étaient l'apanage de l'industrie des colorants et de celle des produits pharmaceutiques (antipyrine) sont-elles devenues moins rares. Les travaux de Duvoir, Fabre et Layani (1), ceux, plus récents, de Louis Ramond et Lacorne (2), de Pagniez et Plichet (2) ont permis de préciser certains points de clinique et d'envisager certaines hypothèses physio-pathologiques.

La toxicité de ce corps est élevée puisqu'une teneur insuffisante pour impressionner l'odorat peut donner des accidents au bout d'un délai suffisant ; la dose toxique minima est inconnue. Avec de fortes doses une brève inhalation suffit à donner des accidents graves.

Aussi n'y a-t-il pas d'intoxication chronique mais seulement des accidents aigus plus ou moins intenses et répétés que favorisent la prédisposition individuelle ou l'existence d'un catarrhe rhinopharyngé. C'est le système nerveux central qui est atteint ; le système périphérique reste indemne. On n'a observé jusqu'ici que des lésions banales et diffuses.

Etude clinique. — Dans toutes les formes le début est le même, ne différant que d'intensité : céphalée, vertiges, troubles de la marche, associés ou non. Puis se produit une rémission, brève et plus apparente que réelle. C'est surtout la période d'état qui témoigne de la gravité de l'intoxication et permet les conjectures pronostiques.

A cette période d'état il est classique, et surtout commode de distinguer des formes légères, moyennes ou graves.

Les formes légères sont caractérisées par le retour des signes du début après une rémission de quelques heures à 48 heures, souvent plus apparente que réelle ; la torpeur, l'apathie du malade, l'influence du repos nocturne contribuent à masquer la persistance de la maladresse de mouvements et d'élocution. Il y a, en réalité, latence. Les vertiges, la diplopie, l'amblyopie, la faiblesse générale surtout marquée aux membres inférieurs et gênant la marche, la somnolence, une certaine tendance lipothymique évoluent en quelques jours avec des alternances de mieux et de pire et disparaissent en quinze jours, durée moyenne. Les commémoratifs souvent imprécis n'aident guère à découvrir la nature des troubles.

Les formes moyennes sont plus rarement méconnues. On y voit les mêmes signes de début que dans les formes légères mais plus intenses ; vertiges, maladresse des gestes, confusion de la parole, titubation, vomissements faciles, abondantes et répétés parfois, composent un ensemble qui peut en imposer pour l'ivresse banale. Après un temps qui varie de quelques heures à 3 jours, ils font place à la période de latence qui est de 48 heures au plus. Ils reparaissent ensuite plus ou moins accentués ; il peut s'y ajouter des bouffées délirantes, passagères et bénignes. Après des améliorations, coupées de rechutes, la guérison s'opère, en 2 à 4 mois, totale ou avec de faibles séquelles, asthénie neuro-musculaire en particulier. Jaquet et Bing ont signalé des accidents hystéro-traumatiques.

Les formes graves sont caractérisées par la constance et l'importance des signes d'excitation corticale : crises épileptiformes pouvant devenir subintrantes et aller jusqu'à l'état de mal, affectant tous les types depuis l'épilepsie partielle jusqu'à la forme généralisée ; crises d'ataxie aiguë, parfois confusion mentale, hallucinations. La lenteur et l'embarras de la parole peuvent s'amplifier jusqu'à l'aphasie totale. Les troubles visuels vont de la simple amblyopie transitoire jusqu'à l'amaurose complète bien que le fond d'œil soit normal. Il existe un scotome central avec ou sans paralysie de l'accommodation.

Les troubles sensitivo-moteurs apparaissent brusquement ; leur caractère pseudo-ébrieux fait bientôt place à un coma intermittent ou durable et la mort peut survenir en quelques heures. Lorsque l'évolution se poursuit on observe des paralysies flasques, atteignant d'emblée la totalité du membre (monoplégies, quadriplégies), débutant soit brusquement soit après des fourmillements ou des douleurs excruciantes.

L'évolution se fait par bouffées résolutives ; bien que le pronostic soit toujours grave, la guérison est possible même dans les formes les plus sévères ; la prolongation des accidents est en elle-même d'heureux augure. La guérison peut être totale ; plus souvent il y a des séquelles : asthénie physique et psychique durant plusieurs mois, épilepsie, troubles de la coordination, troubles de la mémoire et du caractère.

Ce schéma évolutif comporte du reste correction. C'est ainsi que Pagniez et Plichet ont observé du nystagmus, des crises épileptiformes et des secousses myocloniques ; que L. Ramond et Lacorne ont, au contraire, observé un tableau surtout fonctionnel. Pagniez et Plichet ont, pour leur part, noté l'importance et la durée des séquelles : incoordination des membres supérieurs avec hypertonie gênant la décontraction et rappelant la maladie de Thomsen.

Symptômes et séquelles ont posé un problème à la fois clinique et thérapeutique : s'agit-il de troubles toxiques, de troubles névropathiques hystériformes ou seulement de simulation ? La dernière éventualité semble négligeable en raison du caractère et de la fréquence des séquelles. L'absence de certains caractères d'organicité a fait s'attacher plus longuement à la discussion de l'hystérie ; on peut cependant aisément admettre que sans même de lésion anatomique durable il y ait trouble dans le fonctionnement de certains centres. Les incertitudes demeurent cependant.

Les analogies symptomatiques ont attiré récemment l'attention (Mollaret) sur une assimilation possible avec le syndrome dû aux lésions du pédoncule cérébelleux supérieur : troubles de l'équilibre, nystagmus, tremblement intentionnel, asynergie, dysmétrie, mouvements choréo-athétosiques, convulsions généralisées, troubles psychiques (hallucinose pédonculaire). L'absence de signes pyramidaux s'allie sans difficulté avec les lésions anatomiques de cette région. On pourrait donc de ce rapprochement conclure à l'action élective du toxique sur les centres de la région cérébellopédonculaire.

Une telle hypothèse admet même l'assimilation des séquelles fonctionnelles avec des troubles hystéro-traumatiques. L'évolution qui s'est faite dans les conceptions touchant l'hystérie, surtout depuis qu'ont été notées les ressemblances avec la névrose de certains syndromes dûs à l'encéphalite épidémique, a amené à faire une part aux lésions ou aux troubles du mésocéphale dans la pathogénie de l'hystérie. On pourrait donc comme corollaire de cette assimilation se demander aussi si le caractère de certaines séquelles de l'intoxication par le bromure de méthyle et leur assimilation possible à des troubles hystéro-traumatiques ne tient pas à la localisation des lésions ou des dysfonctions dans cette même région du mésocéphale.

L'avenir montrera sans doute ce qu'on peut retenir d'une telle supposition. Il serait curieux que l'étude toxicologique et neurologique de l'action du bromure de méthyle pût jouer le rôle d'une expérimentation dans le domaine psychiatrique.

(1) Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 10 décembre 1937.
(2) Société Médicale des Hopitaux de Paris, 24 avril 1942.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 21 juillet 1942

Le traitement de l'épilepsie par la diphénylhydantoïne. — MM. A. Baudouin et A. Remond. — On n'a pas oublié que c'est à M. le Prof. Baudouin et à M. Pagniez que l'on doit l'introduction en France de ce nouveau traitement. M. Baudouin apporte aujourd'hui la confirmation de ses premières communications.

A ce propos, M. Lhermitte fait quelques remarques :

Depuis l'application de la nouvelle médication, nombre de critiques ont été formulées, qui n'ont pas toutes la même valeur. Certes, la diphénylhydantoïne ne possède pas au même degré que les barbituriques une action frénatrice sur les convulsions et les équivalents, mais cette médication peut être employée chez les sujets rebelles à la thérapeutique par les barbituriques ou les bromures. Les accidents qui ont été imputés à la diphénylhydantoïne sont beaucoup plus le fait d'une activité insuffisante de cette substance que le fait de sa toxicité.

Il importe, cependant, de ne donner cette drogue qu'à certains malades choisis et de faire un passage très lent de la médication barbiturique à l'application de la diphénylhydantoïne laquelle n'agit qu'après un certain délai.

L'indice d'haptoglobinémie dans les maladies infectieuses aiguës. — MM. Polonovski, Gernez, Warembourg et A. Breton.

Le coma hypoglycémique spontané. Etude anatomique et clinique. — MM. J. Lhermitte et J. Siegwald. — Dans une formation hospitalière où aucun fait de ce genre n'avait jamais été observé, les auteurs ont pu étudier trois cas de coma hypoglycémique survenus avec une brutalité saisissante, à la manière d'un ictus. Le taux du sucre sanguin ne dépassait pas respectivement 0,10, 0,23, 0,33 chez ces sujets. Le coma s'accompagnait de phénomènes indiquant la participation du système nerveux central : spasmes, contractures, signe de Babinski et chez deux sujets se termina par la mort. L'étude histologique révéla l'existence d'une atrophie considérable de l'hypophyse dans sa partie glandulaire, laquelle était dépouillée de toutes les cellules chromophiles, et une hypertrophie de la médullo-surrénale associée à l'hyperspongiocytose de la cortico-surrénale. Il n'est pas douteux que l'hypopituitasisme ne commande en grande partie le développement de cette modalité d'hypoglycémie et il est probable que l'atrophie pituitaire est liée à la période de carence que nous traversons.

L'hygiène du cœur. — M. Lumière.

Vaccination contre le typhus exanthématique par scarifications cutanées. — MM. J. Laigret, G. Fabiani et R. Vargues.

Du traitement radiothérapique de la tuberculose utéro-annexielle et des péritonites tuberculeuses avec lésions génitales. M. et Mme Mathey-Cornat. — (Présentation faite par M. Bezançon).

Héméralopie latente et vitamine B². — MM. P. Boulanger et J. Swyngedauw. — (Présentation faite par M. Polonovski).



TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B 1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

DOSAGE NORMAL — AMPOULES — DOSAGE FORT

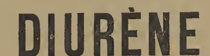
Ampoules de 1cc. dosées à 2 milligrammes
Boite de 6
1 ampoule tous les jours ou tous les 2 jours et plus
(voie sous-cutanée)

Ampoules de 1cc dosées à 10 milligrammes
Boite de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours et plus
(voie sous-cutanée)

COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour selon les cas.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS (4e)





EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris



SÉANCE DU 28 JUILLET 1942

Rapports et vœux. — M. TANON, au nom de la Section d'hygiène, reconnaît le bien-fondé de la communication faite par MM. Legroux et Jéramec sur les accidents causés par les *conserves* et en particulier par le *botulisme*. Il propose à l'Académie d'approuver leurs recommandations à la population.

M. MILIAN, au nom de la Commission des *Maladies Vénériennes* demande que la circulaire du 14 janvier 1941 soit transformée en un décret-loi. Un vœu dans ce sens est adopté.

Thérapeutique par le plasma humain. Traitement de l'hypoprotéinémie par injections intraveineuses de plasma. — Dans une note présentée par M. Léon BINET, MM. M. SUREAU, A. ESCALIER et R. ANDRÉ, montrent l'intérêt pratique qu'on peut tirer de l'injection intraveineuse de plasma humain dans le traitement des œdèmes de carence.

On le sait, ces œdèmes s'accompagnent dans la grande majorité des cas, d'une diminution des protides sanguins. L'administration des protides par l'injection précitée, peut influencer rapidement l'évolution de ces états.

A ce sujet, les auteurs signalent les bons résultats obtenus par ailleurs avec cette méthode, dans le traitement des asthénies chez les sujets amaigris et porteurs de légers œdèmes.

Donneurs de sang et restrictions alimentaires. — MM. G. JEANNENEY et G. RICENBACH (de Bordeaux) viennent après MM. SUREAU et ANDRÉ, souligner la nécessité d'administrer des rations de travailleurs de force pour les donneurs de sang.

Ils rapportent que sur 115 donneurs de sang, 53, soit 46 % ont été classés inaptes pour un taux insuffisant de globules rouges, pour un taux insuffisant de globules blancs, et pour une tension artérielle maxima trop basse.

Le poids des nouveau-nés. — MM. BALARD et CHASTRUSSE attirent l'attention sur la diminution du poids des nouveau-nés de l'agglomération bordelaise durant la période actuelle des restrictions. M. LESNÉ en présentant cette note demande à l'Académie de s'associer au vœu des auteurs afin que dès le 4e mois de la *grossesse* soit accordée la ration réservée à partir du 7e mois et que pour les trois derniers mois de la grossesse de nouveaux suppléments de matières grasses viennent compléter la ration et en permettent un meilleur équilibre.

Alimentation et dents. — M. DECHAUME (note présentée par M. LEREBOULLET). — C'est un problème dont l'intérêt permanent se trouve accru par les conditions actuelles. Mais son étude est plus complexe qu'on ne le croit généralement.

Les aliments interviennent d'abord avec leurs qualités de résistance. Ces actions servent de base à des conceptions de morphogenèse et de protection contre la carie et la pyorrhée alvéolo-dentaire (il faudrait, en particulier, revenir au pain rassis).

L'action des aliments s'exerce aussi par leur composition. Les aliments collant aux dents, à base d'hydrates de carbone fermentescibles (cake, pain d'épices), sont favorables au développement de la carie (la levure serait plus nocive que les sucres). S'ils ne contiennent pas les éléments nécessaires (le lait doit former le tiers de la ration journalière), il peut en résulter des troubles de calcification. Enfin, un régime trop riche peut favoriser le développement de la pyorrhée.

Recherches sur la cholinestérase du sérum humain, à l'état normal et pathologique. — MM. P.-L. DROUET, M. VERAIN et FRANQUIN, de Nancy. — Il ressort de l'examen de près d'une centaine de malades atteints d'affections diverses que le dosage de l'activité cholinestérasique du sérum paraît devoir présenter de l'intérêt en pathologie humaine. Cette activité peut être augmentée ou diminuée, et, d'après les premières constatations, il semble que les variations doivent s'observer d'une manière plus systématique dans certains syndromes endocriniens (diabète et maladie d'Addison) et en pathologie vasculaire (hypertension et troubles neuro-végétatifs artériels).

Dans un but expérimental *in vivo*, et dans un but thérapeutique, on peut provoquer des modifications de cette activité estérasique, par les substances chimiques (prostigmine, par exemple), dont l'activité inhibitrice *in vitro* est bien connue.

Infections humaines à Listerella monocytogènes. — MM. HARVIER, LAVERGNE et CLAISSE.

Recherche du pouvoir neutralisant du sérum des vaccinés contre le typhus exanthématique. — MM. DURAND, BEGUET, HORRENBERGER et RENOUX. — (Présentation faite par M. TREFOUEL.)

Note sur certaines orientations biochimiques de l'activité endocrinienne au sein de l'organisme animal. — M. BRUNATI.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 8 JUILLET 1942

Ostéo-arthrite post-dysentérique réalisant un aspect de tumeur blanche du genou. Diagnostic. — MM. H. GOUNELLE et J. MARCHE. Rapporteur : M. SÉNÈQUE. — C'est une complication fréquente des épidémies de dysenterie bacillaire survenant après un épisode intestinal très discret relevant aussi bien du bacille de Shiga que celui de Flexner. La localisation survient au moment de la convalescence souvent précédée de la triade : conjonctivite, uréthrite, arthralgies. On note l'absence d'adénopathie et une formule mixte du liquide articulaire. Le séro-diagnostic articulaire complète celui du sang dont l'interprétation est souvent délicate. Radiologiquement des zones de décalcification importantes, des remaniements osseux, des ostéophytes peuvent être observés. Dans la règle, la guérison survient mais souvent après de longs mois d'une évolution fébrile.

Tétanos post-opératoire tardif après appendicectomie. — M. PETRIGNANI. Rapporteur : M. SAUVÉ. — Au 23e jour d'une appendicectomie à froid se déclare un tétanos à forme faciale. Guérison par fortes doses de sérum. Le rapporteur discute les étiologies possibles : catgut, intestin, insuffisance de stérilisation.

Gastro-entérostomie ou gastrectomie. — M. GATELLIER. — Le dogme de la gastrectomie peut être combattu. G. a revu 451 opérés d'estomac de 4 à 22 ans après l'intervention, dont 150 gastrectomies. Les résultats sont comparables avec les gastro-entérostomies : 70 à 80 % de bons résultats. Sur 3.000 ulcéreux traités médicalement ou par anastomose M. Moutier n'a vu que 4 cancers secondaires.

M. LERICHE a de même comparé les résultats des deux opérations chez des malades exerçant la même profession. Les opérés de gastro-entérostomie se trouvent mieux que les réséqués. L'action des infiltrations et résections sympathiques sur l'ulcère est encore à l'étude.

Sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — M. CHEVASSU montre que l'urétrographie permet de différencier les adénomes des prostatites. Leur association, assez rare, est aussi révélée par les images radiographiques. L'auteur n'emploie pas le tamponnement, cause des douleurs post-opératoires, l'hémostase est obtenue par des lavages chauds du foyer. Il se déclare adversaire de la résection endoscopique.

Distomatose des voies biliaires. — MM. D'ALLAINES, LAVIER et GANDRILLE. — Malade opéré pour ictère par rétention. Persistance des œufs dans les selles. La présence de douve détermine une adénomatose des voies biliaires avec accidents pseudo-lithiasiques, hépatite toxi-infectieuse, éosinophilie 30 %. La lithiase peut être associée. L'intervention s'impose mais la distomatose persiste et résiste au traitement médical.

Ostéolyse radio-carpienne dans un cas de griffe de Volkmann. — M. MOUCHET.

Ostéosynthèse du tibia par baguette métallique embrochant le canal médullaire. — M. MONDOR.

Fibrome calcifié. — M. ROUHIER.

Nous avons l'honneur d'informer le Corps Médical et Pharmaceutique que le GAMBÉOL, l'ACTIPHOS, l'HÉMOPYLORE "3", le GLOBIRON et le CALYPTOL, sont désormais réunis sous la raison sociale

Laboratoire Roger Bellon
S. A. R. L.
L. FERRAND
Ex-Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris — Pharmacien-Gérant
Z. O. : 78 bis, Avenue Marceau — PARIS
Z. L. : 24, Chemin de Saint-Roch — AVIGNON

INFORMATIONS

(suite de la page 310)

Education nationale. — Le *Journal Officiel* du 4 juillet publie le décret n° 1966, du 1er juillet 1942, relatif aux *conditions physiologiques requises des candidats à un emploi dans l'enseignement secondaire.* Ce décret dispose que nul ne peut être nommé ou délégué à un emploi quelconque dans l'enseignement secondaire, ou admis à participer à un concours de recrutement de cet enseignement, s'il n'a subi devant une commission médicale, et depuis moins de quatre mois, un examen constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse, ni d'aucune infirmité, maladie ou vice de constitution le rendant impropre aux fonctions d'enseignement dans un établissement d'enseignement secondaire.

La Commission médicale est nommée par le recteur ; elle comprend un praticien de médecine générale et trois spécialistes : phtisiologue, oto-rhinolaryngologiste et ophtalmologiste.

La Commission propose soit l'acceptation, soit le refus définitif, soit l'ajournement.

Les candidats versent, à titre de droit d'examen médical, une somme de cinquante francs. Le montant des droits de visite est versé après la réunion, à titre d'honoraires, aux médecins membres de la Commission.

Le décret est suivi d'un arrêté précisant les conditions physiologiques requises (*J. Off.* du 4 juillet 1942, pp. 2327, 2328, 2329).

Un décret n° 2163, du 16 juillet, est relatif à l'organisation de la médecine préventive universitaire à l'Université de Paris.

Le service chargé de procéder à l'examen médical des étudiants de l'enseignement supérieur comprend des médecins examinateurs, un médecin chargé du Secrétariat technique, des assistantes sociales.

Un comité ayant un bureau permanent dirige le service.

(*J. O.*, 19 juillet, p. 2487.)

Commission relative a l'enseignement médical. — Le Ministre Secrétaire d'Etat à l'Education Nationale et le Secrétaire d'Etat à la Santé ont signé le 10 juillet l'arrêté suivant :

Article premier. — Il est institué auprès du Ministère de l'Education Nationale et du Secrétariat d'Etat à la Santé une commission chargée d'étudier les réformes de structure qui pourraient être apportées éventuellement à l'enseignement médical.

Art. 2. — Sont nommés membres de cette commission :

M. Jeanneney, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

M. Benoist, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Alger.

M. Mouriquand, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon.

M. Iselin, docteur en médecine à Paris.

M. Leriche, président du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins.

M. Carrel, docteur en médecine, régent de la fondation française des problèmes humains.

M. Abrami, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

M. Lambret, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille.

M. Velter, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

M. Fichot, stomatologiste des hôpitaux de Clermont.

Art. 3. — La présidence de cette commission est confiée à M. le professeur Leriche.

(*J. O.*, 11 juillet 1942.)

Travail. — Un décret n° 1809, du 21 juin 1942 (*J. O.* du 23 juillet), porte création d'une *famille professionnelle de la Santé*, comprenant les comités d'organisation du thermalisme, des maisons de santé privées, des industries et du commerce des produits pharmaceutiques.

Académie de Chirurgie. — Vacances, la dernière séance a eu lieu le mercredi 8 juillet.

La séance de rentrée aura lieu le mercredi 14 octobre 1942.

Institut général psychologique. — Le Conseil d'administration vient d'attribuer : 1° le prix d'Arsonval 1941 à M. J. Dumas, chef de service à l'Institut Pasteur ; 2° le prix d'Arsonval 1942 à M. Prévot, chef de service à l'Institut Pasteur et à M. Rouèche, secrétaire général adjoint du Comité National de l'Enfance.

L'Association Nationale Professionnelle des Médecins électro-radiologistes français a tenu une deuxième séance d'information le dimanche 5 juillet, 60, boulevard de La Tour-Maubourg. De nombreuses questions d'actualité y furent traitées. Relevons entre autres : l'attribution de tickets Travailleurs de Force aux médecins spécialistes exposés quotidiennement à l'action nocive des rayons de Röntgen, ainsi qu'à leurs aides qualifiés. L'Association fera connaître aux autorités compétentes les spécialistes qui exercent l'électro-radiologie dans chaque région. Les attributions de charbon nécessitent l'adoption de mesures identiques. A cet effet, la liste des spécialistes sera communiquée aux Conseils départementaux de l'Ordre. Des suggestions ont été retenues au sujet de la qualification de la spécialité, des trois années nécessaires pour obtenir le diplôme et des dispositions transitoires à appliquer. Enfin, fut à nouveau reprise la question de la limite du contrôle en matière d'assurances sociales. Des vœux seront transmis au Conseil Supérieur de l'Ordre pour la suppression de tous tarifs préférentiels et l'établissement d'un tarif unique. D'autre part, des visites seront faites au Ministre de la Santé et au Ministre de l'Education Nationale.

Le Centenaire de la mort de Jean-Dominique Larrey. — Il y a cent ans, le 25 juillet 1842, mourait le baron Larrey, chirurgien en chef de la grande Armée. Il était né en 1766 à Baudéan, près de Bagnères-de-Bigorre, comme son oncle Alexis, chirurgien à Toulouse.

Après avoir débuté dans la marine, Larrey devint chirurgien de la garde consulaire, puis chirurgien en chef de la grande Armée.

Tout le monde connaît ses créations dans l'ordre technique : ambulances volantes, paniers d'osier-cacolets, etc. On connaît moins ses travaux chirurgicaux qui sont cependant considérables. N'a-t-il pas émis, le premier, après Desault, l'opinion que les plaies pouvaient après régularisation, c'est-à-dire après épluchage, être réunies par première intention ?

La bonté de Larrey n'avait d'égale que son génie d'organisateur. On sait quelle fut sa fidélité à l'Empereur Napoléon qui le qualifiait lui-même de l'homme le plus vertueux qu'il ait connu.

Son fils, le baron Hippolyte Larrey, né en 1808 et mort en 1895, fut à son tour le chef de la médecine militaire. Il fut Président de l'Académie de Médecine en 1863.

Un buste de Laënnec a été placé dans le square de l'ancienne Charité. — Au chevet de la vieille chapelle et du célèbre amphithéâtre qui survivent à la démolition de la Charité on a placé au début de juillet un buste en marbre blanc de Laënnec.

Le buste, dû au sculpteur Guillevic, est traité en haut relief. Le visage aux traits fins de Laënnec se détache sur un fond de verdure. Il est encadré par un rouleau stylisé rappelant le traité de l'auscultation et par un stéthoscope entouré, à la manière du bâton d'Esculape, par les serpents légendaires.

Deux dates seulement accompagnent le nom de Laënnec, 1781-1826.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Questions fiscales

LE FORFAIT

On regarde plus volontiers les choses non comme elles sont, mais comme on voudrait qu'elles fussent ; et cela surtout lorsqu'on envisage un avenir qu'on désire meilleur que le présent.

C'est ainsi que beaucoup se font des illusions sur le forfait dont il est question depuis quelque temps : on s'imagine que ce sera une sorte d'abonnement fiscal, basé sur les déclarations antérieures qui se trouveraient ainsi entérinées, et que désormais il n'y aurait plus ni comptabilité à tenir, ni contrôle à subir : les médecins seraient des privilégiés de l'impôt.

Rappelons que l'abonnement a déjà été pratique dans d'autres professions et qu'il n'excluait ni vérifications, ni pénalités ; rappelons également qu'une comptabilité serait indispensable pour le classement en catégories et encore plus pour le changement de catégorie ; qu'elle le serait lors des prétentions de l'administration de placer un médecin dans une classe supérieure, pour s'en défendre, et encore pour corriger les erreurs que ne manquerait pas de produire le placement d'après les signes extérieurs : les inconvénients actuels ne seraient donc pas évités.

Il n'est d'ailleurs pas d'exemple qu'une modification du mode de perception se soit traduite par une diminution de charges ; bien au contraire, on peut compter que, pour être sûre de ne pas se tromper à son détriment, l'administration fixera les barèmes de façon à augmenter ses recettes et ainsi les impôts de chacun.

Un autre point vaut d'être pris en considération : le taux de l'impôt sur le revenu est fixé pour tous les contribuables et son élévation est limitée par le sentiment général : elle est donc plus malaisée. Mais si une catégorie se trouve isolée, comme ce serait le cas des médecins avec le forfait, leur petit nombre ferait que leur opposition à une augmentation ne pèserait pas lourd en face d'une administration toute puissante. Ce pourrait même être un moyen de pression sur le Corps médical : n'oublions pas que les dispositions de la loi de finances de décembre 1941 ont été prises parce qu'on voulait « mater les médecins ».

A. Herpin.

PRENEZ
PLUTOT
un comprimé de
CORYDRANE
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
ACÉTYL · SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE
l'aspirine qui remonte
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

CHRONIQUE

La formation des élites

On s'occupe beaucoup de chefs et de recrutement des *élites* ; il y a de nombreux *chefs* dans tous les mondes à l'heure présente ; ceux-là sont-ils obéis ? Nous nous garderons bien de répondre..... mais nous rappellerons par contre deux définitions : celle d'*élite* qui vient du latin *eligere* (choisir) et celle de *chef* qui dérive du grec *képhalé* (tête).

En ce qui concerne la profession médicale qui à priori, appartient à l'élite de toute société moderne, il importe qu'elle respecte les définitions ci-dessus énoncées en assurant judicieusement son recrutement. Elle fera en sorte de choisir ses membres, futurs chefs, parmi des hommes cultivés.

***

C'est parce qu'on a délaissé la culture générale à base d'humanisme pour surcharger la mémoire des adolescents de connaissances encyclopédiques les plus variées qu'on a tué dans ce pays la culture proprement dite. Pour parler franc, jusqu'au baccalauréat on a eu tort de donner au lycée un aperçu de trop de connaissances intéressant des formations professionnelles.

Au lieu de se cantonner dans une culture générale nécessaire à la poursuite de la spécialisation qui est le fait de l'Enseignement Supérieur, on a voulu spécialiser les élèves dès leur jeune âge, ce qui est une erreur fondamentale.

Comment des parents peuvent-ils, quand leur fils a dix ans, savoir quelle profession celui-ci embrassera à l'âge de vingt ans ? Or, ils doivent, dès la classe de sixième, soit à dix ou onze ans, choisir pour ce fils l'une des sections classique ou moderne qui le dirigera vers telle ou telle branche de l'Enseignement Supérieur.

Il est conforme au bon sens que ce soient les progrès réalisés par l'élève qui décident de son orientation.

***

Pour sortir de ce chaos pédagogique, il n'y a qu'une solution : c'est le rétablissement de l'*unité* du programme classique de l'Enseignement Secondaire. Le baccalauréat moderne serait ainsi supprimé, et ce serait justice car il n'est pas un baccalauréat à base de culture humaniste. Tous les inaptes à poursuivre l'enseignement classique seraient dirigés vers des enseignements de pratique utilitaire, nécessaires au bon fonctionnement de la société et où ils réussiraient mieux que dans les disputes doctrinales.

Ainsi les cinq Facultés et la Faculté de Médecine, en particulier, ne recevraient, comme autrefois, que des élèves capables de se spécialiser selon leurs tendances et leurs aptitudes.

***

La question de la *pléthore médicale* serait dès lors résolue d'une façon bien plus juste que par un quelconque *numerosus clausus* ou un concours à base de programme fantaisiste. Et les élèves de l'enseignement moderne étant rejetés vers les enseignements utilitaires, il y aurait un tiers en moins d'étudiants en médecine.

La morale médicale verrait relever son niveau car, la concurrence ayant moins à jouer, l'esprit de lucre disparaîtrait.

MAURICE MORDAGNE.

LIVRES NOUVEAUX

Le sinus carotidien (physiopathologie et chirurgie), par P. WILMOTH, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris, et L. LÉGER, chef de clinique chirurgicale, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris. Préface du Professeur Ch. Lenormant. Un volume de 160 pages avec 18 figures. Prix : 32 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Les travaux publiés depuis une dizaine d'années sur la physiologie du sinus carotidien sont déjà nombreux ; cependant le sujet est loin d'être épuisé.

La fourche carotidienne ne se comporte pas comme une simple bifurcation vasculaire obéissant aux seules lois de l'hydraulique, mais bien comme le point de départ d'une série de réflexes dont l'intervention principale porte sur la régulation du rythme cardiaque et de la tension artérielle.

L'adultération de cet arc réflexe comporte des conséquences pathologiques ; sa section chirurgicale peut être envisagée — en s'appuyant sur des concepts théoriques ou sur des faits d'expérience — dans un certain nombre d'affections.

C'est sous cet angle essentiellement pratique, physiopathologique et chirurgical, que MM. Wilmoth et Léger ont envisagé la question.

Précis de Pathologie médicale, T. III (Maladies de l'appareil respiratoire), par M. Fernand BEZANÇON, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. 3e édition refondue. Un vol. in-8°, 853 pages, broché ou cartonné toile. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

M. le professeur F. Bezançon a bien voulu m'adresser la nouvelle édition du tome III du *Précis de Pathologie médicale* consacré aux maladies de l'appareil respiratoire. L'édition précédente datait de dix ans. C'est dire que le livre actuel a dû être entièrement remanié.

Les progrès de la technique radiologique (tomographie, stratigraphie) combinée avec l'emploi du lipiodol, les techniques nouvelles de bronchoscopie et de manométrie ont, en effet, permis la révision d'importants chapitres. La dilatation des bronches, les suppurations pulmonaires, les kystes aériens du poumon, l'atélectasie devaient notamment faire l'objet de nouveaux exposés.

Beaucoup d'affections pulmonaires qui paraissaient ne relever que de l'infection s'apparentent maintenant soit au coryza spasmodique, soit à l'asthme, cependant que l'infection voit son rôle s'étendre avec l'infection tuberculeuse secondaire, les suppurations broncho-pulmonaires, les infections banales au cours du cancer.

Un nouveau reclassement des affections pulmonaires basé soit sur l'infection, soit sur la lésion devait donc être fait. L'étude de la mécanique pulmonaire, de plus en plus importante depuis les inoubliables travaux de Forlanini, devait aussi prendre une place très importante dans un tel précis.

Cette refonte presque totale nous vaut aujourd'hui un livre absolument nouveau. Est-il besoin d'ajouter qu'il est conçu et écrit avec la précision et la clarté dont le professeur Bezançon a toujours fait preuve dans son enseignement.

Le volume couronne la série des précis publiés chez Masson sous la direction de M. Bezançon, consacrés aux maladies infectieuses, aux maladies du cœur et des vaisseaux, aux maladies du sang et des organes hématopoétiques, aux maladies du rein, enfin aux maladies de l'appareil digestif. Leur ensemble constitue un ouvrage de fond pour toute bibliothèque.

F. L. S.

Manger pour vivre en bonne santé. Petite encyclopédie de l'alimentation hygiénique et gastronomique, par le Dr P. LASSABLIÈRE, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes. Un vol. de 480 pages, 1941. Librairie Maloine, Paris. Prix : 95 francs.

L'hygiène alimentaire tient toujours le premier rang dans les préoccupations actuelles. M. Lassablière, auquel on doit tant de travaux remarquables sur cette question, se devait de nous apporter les conseils de sa longue expérience.

Dans une première partie de son volume, l'auteur étudie l'évolution et le rôle de l'alimentation, puis les aliments d'origine animale et les aliments d'origine végétale. Une importante étude est ensuite consacrée à la ration alimentaire. Comment établir une ration ? L'art d'acheter les aliments et les moyens d'apprécier leur qualité, l'organisation des repas, les variations de la ration. Et c'est en ce moment la grosse question qui sollicite les hygiénistes. La pénurie de toutes choses, le peu de variété du ravitaillement amènent en effet un déséquilibre constant dans l'alimentation. Si la gastronomie française s'appauvrit, en revanche la pathologie s'enrichit d'un nouveau chapitre : celui des affections de carence.

Mais l'auteur ne désespère pas de revoir des jours meilleurs. Avec le concours de Mme Marguerite Pierre Lassablière il nous parle de la gastronomie française si justement célèbre... autrefois, il rappelle des vieilles et bonnes recettes de ménage qu'il sera possible — n'en doutons point — d'utiliser un jour... En attendant, que de bons conseils, d'utiles « recettes de restriction » nous donne l'auteur. Dans le chapitre « Manger pour vivre », cet excellent livre, d'une présentation très claire, aura sa place dans la bibliothèque du médecin, mais plus souvent peut-être sur la table de la femme du médecin qui aimera consulter ce guide sûr et pratique.

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

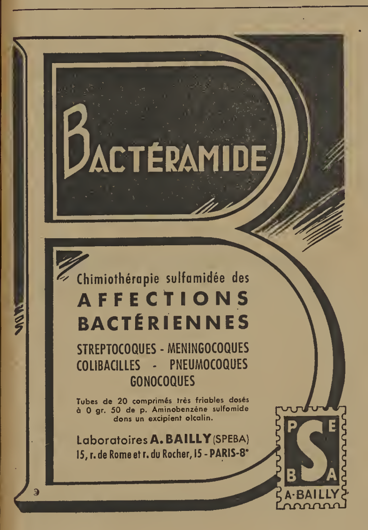
INJECTION SOUS-CUTANÉE de 1 centicube POUR DÉBUTER, puis 2 centicubes
BOITES DE SIX AMPOULES DE 2 cc
LYSATS VACCINS DU Dr DUCHON
GYNECO VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME



un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

OPOCERES Reconstituant Biologique général — 1 à 4 comprimés par jour

LABORATOIRES DE L'AEROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS-8e





La farine lactée SALVY est **diastasée.** Sa cuisson spéciale en a fait un aliment homogène, solubilisé, prédigéré, assimilable.

Aliment rationnel du premier âge.

Supplée à l'insuffisance digestive du nourrisson.

FARINE* **LACTÉE DIASTASÉE**

Préparé par BANANIA

SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets

LA 9ME ÉDITION
DU

FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**

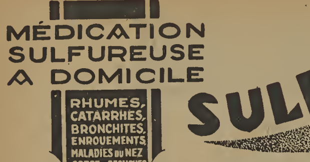
Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00



SULFUREUX POUILLET

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EN BOISSON
Une mesure pour 1 verre d'eau sulfureuse.
Échantillon sur demande.

EN BAINS
1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS
1 à 2 compr. par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS

Dyspepsie
Gastralgie
Hyperchlorhydrie

sel de hunt

laboratoire Alph. Brunot,
46, rue de boulainvilliers,
paris-xvi^e^

DERMATOSES-HYPERTENSION

4 à 8 pil. glutin. par jour
2 à 3 I. V. par semaine

HYPOSULFÈNE

LABORATOIRES TORAUDE
22, rue de la Sorbonne, PARIS
2, rue du Pensionnat, LYON

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRENOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS

3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

FORMULE

Peptones polyvalentes	0.03	Extrait fluide d'Anémone..	0.05
Hexaméthylène-tétramine .	0.05	Extrait fluide de Passiflore.	0.10
Phényl-éthyl-malonylurée..	0.01	Extrait fluide de Boldo ...	0.05
Teinture de Belladone	0.02	pour une cuillerée à café	
Teinture de Cratægus	0.10		

DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires

LABORATOIRES LOBICA _ 25, Rue Jasmin_PARIS. (16e)

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 146, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Lyon. — Après concours, M. le Dr L. Paufique a été nommé ophtalmologiste des hôpitaux de Lyon.

Université de Paris. — *L'organisation* de la médecine préventive universitaire vient d'être réglée par un décret du 16 juillet, paru au *Journal Officiel* du 19 juillet 1942.

Un service est créé à l'université de Paris en vue du dépistage des maladies et particulièrement de la tuberculose, il sera chargé de procéder, chaque année, à l'examen médical des étudiants des établissements publics d'enseignement supérieur. Cet examen a un caractère préventif et non thérapeutique, il a pour but d'éclairer l'étudiant sur son état de santé et non de l'exclure.

Le fonctionnement du service est assuré par vingt médecins examinateurs désignés par le recteur sur la proposition du doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Ces médecins, choisis parmi les phtisiologues, recevront des vacations calculées à raison d'une moyenne de 10 francs par étudiant examiné.

Un médecin sera chargé du secrétariat général technique.

Un comité du Service de Médecine préventive est institué. Il aura un bureau permanent. Les fonctions de membre du comité et de membre du bureau permanent sont gratuites.

Faculté de Médecine de Paris. — TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (séries de révision). — Une série de révision des travaux pratiques est organisée au laboratoire d'anatomie pathologique pour la session d'octobre 1942. Cette série comportera huit séances. La première séance aura lieu le jeudi 1er octobre 1942, à 17 heures, dans les salles de microscopie, escalier C, dernier étage. Droit d'inscription : cinquante francs. Il est rappelé qu'une consignation de cinquante francs est demandée en garantie d'une boîte de coupes. Cette somme sera intégralement restituée à la fin de la série contre remise de la boîte intacte. Les inscriptions sont reçues dès maintenant au Laboratoire du Dr Busser, chef des travaux, escalier B, 3e étage, tous les jours, sauf le dimanche, de 15 à 18 heures.

— Une série supplémentaire de TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE aura lieu, à dater du lundi 5 octobre 1942, à 14 heures :

A cette série pourront s'inscrire : 1° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque (1re et 2e année) ; 2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examen de fin d'année.

Droits d'inscription : 150 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures. (Cette série n'aura lieu que si le nombre des étudiants est suffisant.)

Santé publique. — Le *Journal Officiel* du 25 juillet publie une nouvelle liste de praticiens d'origine étrangère auxquels est *interdit* définitivement l'exercice de la profession.

Et une liste de praticiens d'origine étrangère *relevés de l'interdiction.*

INSPECTION DE LA SANTÉ. — M. le Dr Tourteau, médecin inspecteur de la Santé de la Gironde, placé dans la position prévue par la loi du 17 juillet 1940 à compter du 1er octobre 1941, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 1er juin 1942.

M. le Dr Lassus, médecin inspecteur de la Santé du Jura, a été nommé médecin inspecteur de la Santé du Rhône.

M. le Dr Vernus, médecin inspecteur adjoint de la Santé du Jura a été chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé du Jura.

Mme le Dr Berthezene, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Ain, a été mise en disponibilité, sur sa demande, à compter du 16 juillet 1942.

Mme le Dr Chambaud, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Isère, a été mise en disponibilité, sur sa demande, à compter du 16 juillet 1942.

Mlle le Dr Gillot a été nommée médecin inspecteur adjoint de la Santé intérimaire du Nord.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Par décret en date du 4 juin (*J. O.*, 11 juillet 1942) M. Robert Bos est nommé membre du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. Henri Bequet, décédé, représentant le Conseil municipal de Paris.

Les services médicaux et sociaux du travail. — Le *Journal Officiel* du 29 juillet publie la loi n° 625 du 28 juillet, organisant des services médicaux et sociaux dans les familles professionnelles ou les professions.

La loi prévoit la nomination de médecins-conseils. Elle détermine les établissements qui, suivant leur importance, doivent s'assurer le concours d'un ou de plusieurs médecins du travail. Ces médecins seront assistés par des infirmières ou infirmiers diplômés.

Le rôle des médecins du travail est de veiller au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs. Ils doivent exercer leur surveillance sur tous lors de l'embauchage et d'une façon constante sur les jeunes ouvriers et apprentis.

Le Service social collaborera avec le Service médical.

Marine. — *Régime des examens des candidats aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande.* Les jurys d'examen sont composés comme suit :

A Paris : 1° Le directeur des gens de mer, au secrétariat d'Etat à la marine ou son délégué, président du jury ;

2° Un professeur de la Faculté de médecine ;

3° Le médecin chef du service de santé des gens de mer ou son délégué ;

4° Un médecin breveté de la marine marchande.

Dans les ports de Bordeaux et de Marseille : 1° Le directeur de l'inscription maritime, président du jury ;

2° Un professeur de la Faculté de médecine ;

3° Le chef du service de santé des gens de mer ou son délégué ;

4° Le professeur d'hygiène de l'Ecole nationale de la marine marchande.

Ces jurys peuvent s'adjoindre, s'ils le jugent utile, un bactériologue.

La vie en fleur. — Un magnifique album de propagande en l'honneur de l'Enfant et de la Famille vient d'être édité par le Commissariat général à la Famille.

Des illustrations fort belles encadrent le texte où voisinent les signatures du Chef de l'Etat, du Secrétaire d'Etat à la Santé, des membres de l'Académie française, des médecins illustres. Dans ce texte, la Famille et l'Enfant sont glorifiés, l'égoïsme souvent criminel qui limite ou supprime les natalités est flétri.

Cet album est un acte de foi dans les destinées du pays, il est aussi un sévère avertissement aux ignorants et aux malfaiteurs dont les bas calculs ont fait tant de mal à la race et à la patrie.

Oui, la France renaîtra et vivra car les

Comprimés - Ampoules
Poudre - Pommade
Solution - Ovules
Suppositoires - Crayons

LYSAPYRINE
402 M
Alu-tri (paraaminophénylsulfamidopyridine)

Gonococcies
Pneumococcies
Streptococcies
Méningococcies

Etablissements MOUNEYRAT - Villeneuve-la-Garenne (Seine)

familles nombreuses enfin à l'honneur permettront le relèvement du pays que l'on commence à entrevoir.

Les familles nombreuses en Espagne (*Annali d'Igiene* (de Rome), n° 5, mai 1942). — L'Etat espagnol récompense tous les ans les familles les plus nombreuses. En 1942, les deux premiers prix, de 5.000 pesetas chacun, ont été décernés à deux familles des Canaries, l'une de 24 enfants dont 10 vivants, l'autre de 15 enfants. Cinquante familles réunissent un total de 596 enfants vivants.

Dans les grandes villes : Barcelone compte une famille de 19 enfants dont 16 vivants, Madrid de 15 dont 13 vivants, Valence de 16 dont 12 vivants.

On trouverait actuellement encore en France, malgré la diminution des naissances, de nombreux exemples comparables. Nous connaissons bien une famille française où l'on compta 25 enfants de la même mère, 16 arrivèrent à l'âge d'homme. Exemple exceptionnel et vieux, hélas, de cent ans.

Cours

Clinique de la tuberculose. — (hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres). Professeur : M. Jean Troisier. Assistants : M. Bariety, agrégé, médecin des hôpitaux et M. Brouet, agrégé.

Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires sera fait du 19 octobre au 26 novembre 1942.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives concernant la tuberculose.

Le matin, des stages cliniques avec démonstrations pratiques seront organisés dans le service. Les leçons auront lieu l'après-midi de 16 heures à 17 heures et de 17 heures à 18 heures, à la Salle des conférences de la Clinique de la Tuberculose. Le programme détaillé sera indiqué ultérieurement.

Droits d'inscription : 450 francs. Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité National de défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel. Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la Tuberculose (tous les matins de 10 heures à midi), 42, rue de Sèvres (prof. agrégé Brouet) et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Ce cours sera suivi du 27 novembre au 17 décembre 1942, d'un cours théorique et pratique sur « Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ».

Droits d'inscription : 500 francs. Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la Tuberculose (tous les matins de 10 heures à midi), 42, rue de Sèvres (Dr Brocard) et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures.

(Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 800 francs seulement.)

Naissance

M. Maurice Le Sourd, interne des hôpitaux de Paris et Mme Maurice Le Sourd, née Labouret, font part de la naissance de leur fils Jérôme, Paris, le 3 août 1942.

Mariage

On annonce le mariage, à Saint-Laurent-des-Combes près de Saint-Emilion, de M. René Labusquière, élève de l'Ecole de Santé Navale, avec Mlle Simone Coustillat. Le marié est le fils du capitaine Jean Labusquière, mort pour la France, et de Mme Jean Labusquière, née Denise Faure. Il est le petit-fils du professeur Jean-Louis Faure, membre de l'Institut et de Mme J.-L. Faure (25 juillet 1942).

Nécrologie

Le Dr Adrien Janez, décédé à l'âge de 88 ans, à Genas (Isère).

— Le professeur Auguste Weymeersch, professeur de clinique obstrétricale à l'Université de Bruxelles.

— Le professeur Gaudier (de Lille).

— Le Dr André Sallé, ancien interne des hôpitaux de Paris (1927), chirurgien de l'hôpital de Nevers.

— Le Dr Nigoul-Foussal, ancien médecin de l'hôpital Léopold-Bellan, décédé subitement en son manoir de Viadel par Beaumont (Dordogne).

— Le Dr Claude-Emile Pascal, de Levallois-Perret.

Ordre national des Médecins

CONFÉRENCE DE PRESSE DU 31 JUILLET 1942

Qualification des chirurgiens et des spécialistes. — En attendant la création de diplômes spéciaux de chirurgiens et de spécialistes, en attendant aussi l'organisation des écoles de chirurgie et de spécialités qui sont à l'étude, le Conseil Supérieur a envisagé l'institution de commissions régionales de qualification. Ces commissions qui devront faire preuve d'une grande largeur de vues dresseront les listes des chirurgiens et des spécialistes. En l'absence de titres spéciaux elles devront admettre sur la liste les médecins faisant déjà partie des différentes Sociétés de chirurgie ou de spécialités. Les médecins omis sur cette liste pourront en appeler devant le Conseil Supérieur.

La relève des médecins prisonniers va atteindre un rythme beaucoup plus accéléré. On envisagerait même l'espoir d'une libération en masse de nos confrères.

Assurances sociales. — Les A. S. demandent qu'un tarif médical soit fixé par voie d'autorité. Rien n'est arrêté à cet égard.

Des organismes de soins sont envisagés par les différentes corporations. Cette question, comme la précédente, devra être suivie de très près. Il est à craindre que dans l'avenir les médecins ne deviennent des salariés à la disposition des corporations. La médecine ne serait donc plus une profession libérale. Le Conseil Supérieur sent la lourde responsabilité qui lui incombe ; il nous tiendra au courant de ses difficiles conversations.

Fiscalité. — Le Ministère des Finances semble renoncer au forfait et paraît incliner vers la solution moyenne que propose le Conseil Supérieur.

La base de l'impôt resterait la **déclaration** des recettes brutes avec un abattement uniforme de 60.000 francs représentant les frais généraux. Ce chiffre serait évidemment trop faible dans bien des cas.

On voit qu'un médecin encaissant 100.000 francs par an ne paierait l'impôt que sur 40.000 francs ; un médecin encaissant 60.000 francs par an serait exonéré de tout impôt. Pour les médecins encaissant plus de 100.000 francs, on envisage des tranches avec de nouveaux abattements tenant compte de l'élévation proportionnelle des frais généraux et s'ajoutant à l'abattement de 60.000 francs à la base. Il résulterait de ce projet une simplification évidente, si le fisc admet, sans la contester, la déclaration du médecin.

Retraite du médecin. — Le projet du Secrétariat d'état à la Santé est en bonne voie. En effet, le Ministère des Finances a admis la création du **timbre fiscal** dont il a déjà été parlé. Ce timbre de 5 francs serait obligatoire pour tous les certificats médicaux et assurerait une importante recette pour les pensions de retraite.

Médecins sinistrés. — Le Conseil a décidé l'attribution à tout médecin sinistré d'une indemnité de 5.000 francs.

Réunions plénières. — M. le président Leriche et M. Laurent, secrétaire général se sont rendus, il y a quelques jours à Besançon et à Vesoul, dimanche dernier à Dijon. Ils ont réuni non plus les Conseils départementaux, comme précédemment, mais tous les confrères, et ils furent nombreux, qui voulurent s'y rendre et s'entretenir avec le président des graves questions du jour.

Confraternité. — M. Laurent signale le beau geste des confrères de Savoie, de l'Isère et des Basses-Alpes qui ont offert de recevoir gratuitement les enfants des médecins des régions sinistrées.

Il nous décrit en termes émouvants la vie héroïque des confrères des zones interdites qui restent au milieu de leurs concitoyens dans les régions bombardées. Le Conseil les encourage à demander une remise gracieuse de leurs impôts. Cette remise ne fait pas de doute.

Bien que M. le président Leriche, qui assistait à la fin de la réunion, ait gardé une réserve très grande à ce sujet, nous savons avec quelle sollicitude le Conseil se penche sur toutes les misères et sur tous les malheurs qui atteignent tant de confrères.

CHRONIQUE

La réforme des études médicales

La Commission de réforme des études médicales s'est réunie la semaine dernière.

Nous croyons savoir que la première de ses préoccupations a été l'augmentation formidable du nombre des étudiants.

Le nombre des étudiants cette année a augmenté de 50 %.

Si on considère que le nombre des décès de médecins est d'environ 400 par an, on voit combien il est dangereux de faire tous les ans de nouveaux médecins par milliers.

Nous ignorons quels seront les moyens employés pour arrêter cette pléthore. L'un d'eux serait assurément l'obligation du baccalauréat classique, principe que nous avons souvent défendu ici-même.

Il ne paraît pas avoir beaucoup de chance d'être retenu. En revanche, on continue à parler d'un examen ou d'un concours désignant, à la sortie du P. C. B., les 500 étudiants admis à poursuivre leurs études.

Le P. C. B. échapperait aux Facultés des Sciences et reviendrait, amputé de la physique, aux Facultés de Médecine. Ce serait la première des « modifications de structure » proposées.

La durée des études serait de cinq ans. Leur base serait l'enseignement hospitalier dès le début. On envisagerait, dit-on, la suppression de la dissection et des travaux pratiques d'histologie. Les sciences accessoires verraient enfin leur champ d'action rétréci.

Nous croyons devoir mentionner ces bruits et nous les enregistrons sous toutes réserves.

L...

Institut catholique d'Infirmières diplômées
85, rue de Sèvres, Paris
Téléphone : LITtré 59-80
INFIRMIÈRES DIPLOMÉES
GARDES-MALADES
SAGES-FEMMES ET RELIGIEUSES
Prix : de 60 à 120 fr. par jour
Connaissances techniques supérieures
Qualités morales assurées
L'Institut n'a jamais fermé malgré la guerre

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites Intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe





Laboratoires LE PERDRIEL

Anémie - Convalescence

BIOSINE LE PERDRIEL

Toux de toutes natures

TOLEM LE PERDRIEL

Goutte - Gravelle
Rhumatismes

SELS DE LITHINE
EFFERVESCENTS
LE PERDRIEL

Antiseptique - Cicatrisant
Détersif

COALTAR SAPONINÉ
LE BEUF

Succédané naturel de
l'huile de foie de morue

FUCOGLYCINE du Dr GRESSY



INFECTIONS A STREPTOCOQUES
ET A STAPHYLOCOQUES

Abcès - Phlegmons - Panaris - Lymphangites
Anthrax - Furoncles - Pyodermites
Infections puerpérales et grippales
Broncho-pneumonies

VACCIN R. N.

VACCIN DES INFECTIONS DIFFUSES
ET DES SUPPURATIONS MAL COLLECTÉES

La SÉLECTION des FORMES JEUNES
des microbes porte au MAXIMUM
l'activité du vaccin
RÉDUIT au MINIMUM les réactions

LABORATOIRES PÉPIN ET LEBOUCQ · Courbevoie (Seine)



Laboratoires J. LAROZE _ 54 rue de Paris _ Charenton (Seine)



FLUXINE
Gouttes et Dragées

PHYTINE
NOM DÉPOSÉ
PHOSPHORE ORGANIQUE VEGETAL
CIBA
Tonique et
Reconstituant
CACHETS GRANULÉ COMPRIMÉS
LABORATOIRES CIBA - Dr P. DENOYEL
103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON

Indications
cliniques
du
stovarsol
Acide 4 oxy-3 acétylaminophényl-1 arsinique
en
pathologie
intestinale
Parasitoses AMIBIASE · LAMBLIASE
SPIRILLOSES
Entérites INFECTIEUSES
TUBERCULEUSES
TOXI-ALIMENTAIRES
ENTÉROCÔLITES
CRYPTOGÉNÉTIQUES
CÔLITES CHRONIQUES·AIGUËS
SPECIA SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques Poulenc Frères et Usines du Rhône
21 RUE JEAN GOUJON · PARIS 8e

BOLDINE HOUDÉ
GRANULES TITRÉS A 1 milligramme — 3 à 6 par jour
ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
FOIE
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LES FORMES CLINIQUES DU SYNDROME DE DÉSÉQUILIBRE ALIMENTAIRE

par L. Rimbaud, H. Serre et N.-G. Duc (de Montpellier)

Depuis un an environ, nous avons pu observer chez 54 malades un état de déséquilibre alimentaire dont la traduction clinique habituelle est un syndrome œdémateux apparaissant dans les formes pures, en dehors de toute insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre entièrement l'étude de ces œdèmes qui ont fait l'objet d'assez nombreuses publications (Decourt, Durand, Laroche, Mauriac, Warembourg...). Nous nous proposons seulement d'attirer l'attention sur quelques signes cliniques qui permettent d'établir d'emblée le diagnostic de ce syndrome ou de déceler la part du facteur alimentaire dans des états complexes. La multiplication des cas permet, en effet, d'enrichir sans cesse le tableau clinique de cette affection qui constitue un chapitre d'actualité dans la pathologie d'après-guerre.

I. — La forme commune

(forme hydropigène du syndrome de déséquilibre alimentaire)

Apparaissant dans des conditions étiologiques définies, elle se caractérise essentiellement par une triade symptomatique qui impose le diagnostic et à côté de laquelle peuvent se placer des signes accessoires.

1° Conditions étiologiques :

Le sexe. Il s'agit le plus souvent de malades du sexe masculin : 8 femmes seulement, soit une proportion de 14 p. 100 (Guy Laroche indique 10 p. 100).

L'âge. Ces sujets ont pour la plupart dépassé la cinquantaine. Le plus jeune malade observé a 16 ans.

Le mode de vie. Tous ont subi durement les restrictions alimentaires et se nourrissent principalement de légumes. Ils signalent qu'ils ont été de gros mangeurs et qu'ils ont beaucoup maigri. Très souvent ce sont des travailleurs manuels (cultivateurs, ouvriers, femmes de journée). Le travail accentue l'insuffisance de la ration et la station debout favorise l'apparition des œdèmes qui, nous le verrons, peuvent manquer dans les cas observés chez des sujets alités.

L'état artériel. La constatation, chez ces malades, d'un degré accusé de sclérose artérielle s'est révélée fréquente, à tel point que, à notre avis, cet état vasculaire joue un rôle favorisant dans l'apparition du syndrome. Nous avons observé assez souvent des sujets âgés, amaigris, soumis aux mêmes restrictions et pourtant indemnes : or leurs artères périphériques étaient souples.

2° Triade symptomatique :

Elle est représentée par l'œdème, la polyurie et la bradycardie.

a) *Œdème.* — Dans un premier degré, on voit un œdème blanc, mou, indolore, siégeant aux malléoles, cédant au repos de la nuit pour reparaître le soir à la fatigue. Mais très souvent il dépasse les jambes (limite assignée par Guy Laroche, par Warembourg) et gonfle les membres supérieurs dont la peau, tendue, peut être sillonnée de lymphangite et soulevée de phlyctènes. Parfois, il faut le savoir, le début se fait par une bouffissure des paupières.

Il existe enfin de véritables anasarques (nous en avons observé 8 cas) avec infiltration des organes génitaux, du tronc, des mains, de la face, hydrothorax, ascite et même œdème cérébral.

b) *Polyurie.* — L'*aspect* des urines est tout à fait typique ; cependant il ne semble pas qu'on l'ait jusqu'ici indiqué : ce sont des urines très claires et surtout *opalescentes*, un peu comparables à celles de certains diabétiques. Si bien que, sur une rangée de lits, la simple vue des bocaux d'urines permet de reconnaître du premier coup d'œil ces états de déséquilibre alimentaire.

Le *taux* est souvent élevé : nous avons noté des polyuries de 7 litres, le chiffre moyen oscillant entre 2 et 3 litres, mais la courbe n'est pas en plateau, il existe des variations assez sensibles d'un jour à l'autre. D'ordinaire la soif est accrue et ces malades ingèrent une quantité abondante de liquide. La restriction des boissons fait céder partiellement la polyurie qui, de 6 à 7 litres par exemple, se réduit à 2 ou 3 litres.

L'*évolution* est caractéristique : la polyurie coexiste avec l'œdème et ceci oppose nettement ce syndrome aux autres variétés d'infiltrations, qui s'accompagnent d'oligurie et régressent quand la diurèse se déclenche. Par ailleurs, si on prend soin de les interroger à ce sujet, les malades signalent que depuis plus ou moins longtemps ils constatent une polyurie nocturne. Enfin, quand l'œdème a fondu, on observe d'ordinaire une persistance de la polyurie.

En somme, *la polyurie précède l'œdème, l'accompagne et lui survit.* En d'autres termes l'œdème n'est qu'un accident, souvent révélateur, au cours d'un état de fond jusqu'alors ignoré du malade. Sa disparition, pendant le séjour à l'hôpital, n'a que l'apparence d'une guérison et le sujet reste déséquilibré, en instance d'un nouvel œdème.

c) *Bradycardie.* — Il s'agit d'une bradycardie sinusale, d'ordinaire autour de 50 ; le chiffre le plus bas noté par nous est de 38. Les électrocardiogrammes ne nous ont pas montré d'anomalies caractéristiques.

3° Signes accessoires :

Troubles digestifs. — L'appétit est toujours exagéré. La diarrhée existe parfois, mais moins fréquemment que ne l'indiquent certains auteurs. Elle peut alors tempérer l'intensité de la polyurie.

Troubles sanguins. — Il est fréquent de constater des taches purpuriques sur la face dorsale des mains et des avant-bras, sans stigmates hémogéniques évidents. Beaucoup moins souvent des épistaxis ou des hémorragies intestinales ont été observées. La formule sanguine montre très fréquemment une anémie qui peut d'ailleurs en partie traduire la dilution sanguine ; nous avons parfois noté une lymphocytose et surtout une éosinophilie élevée que n'expliquait pas toujours une parasitose intestinale. Le myélogramme s'avère peu modifié.

Troubles nerveux. — Sans être très fréquente, comme dans le syndrome neuro-œdémateux, l'hyporéflexie ou l'aréflexie achilléenne est cependant un signe que l'on peut observer.

Troubles généraux. — L'amaigrissement fait partie, nous l'avons dit, des conditions étiologiques habituelles. Il peut réaliser un état cachectique, mais celui-ci est loin d'être la règle et beaucoup de ces malades ont encore un embonpoint suffisant.

Chez les femmes jeunes, l'aménorrhée est un symptôme fréquent.

L'hypothermie est assez rare : cinq cas, tous chez des femmes.

La vitesse de sédimentation sanguine, chez les malades étudiés, s'est montrée sensiblement normale ou légèrement accélérée.

Le test d'Aldrich et Mac Clure, étudié chez dix malades, l'injection pratiquée en dehors des zones d'œdème, nous a donné deux fois un chiffre normal, deux fois un temps retardé et six fois une résorption modérément accélérée (30 à 45 minutes).

II. — Formes symptomatiques

(formes frustes ou anormales)

1° *Forme sans œdème.* — La symptomatologie se réduit à la polyurie et à la bradycardie. Il s'agit d'ordinaire de formes initiales ou résiduelles : nous nous sommes déjà expliqués sur ces faits. Parfois ce sont des malades immobilisés au lit et chez qui manquent les causes favorisantes de l'œdème : travail et station debout. Nous en avons vu 4 cas : au cours d'une arthrose du genou, d'une sciatique, d'un mal perforant plantaire et d'une cérébro-sclérose.

2° *Polyurie simple.* — Ces faits ont été bien décrits par Decourt et Levent : c'est une polyurie d'abord nocturne, à caractère impérieux, qui peut atteindre 3 à 4 litres et s'accompagne d'une perte de poids importante. A un degré modéré, il s'agit là d'un symptôme extrêmement répandu en France à l'heure actuelle. Ces deux variétés cliniques, que l'absence d'œdème distingue de la forme hydropigène classique, constituent les *formes sèches du syndrome de déséquilibre alimentaire.*

3° *Forme convulsive.* — Chez un jeune homme, envoyé de la Maison d'Arrêt, on observe plusieurs crises convulsives survenues au cours d'œdèmes généralisés, prédominant à la face. Polyurie à 4 litres 300, bradycardie à 54, aréflexie achilléenne. Le liquide céphalo-rachidien présente une discrète réaction albumino-cytologique ; albuminurie transitoire de 2 gr. 50 sans hématies, ni cylindres ; aucun signe d'insuffisance rénale. La guérison est rapide par le simple repos au lit et une alimentation substantielle. La localisation cérébrale de l'œdème semble responsable des accidents, y compris l'albuminurie.

III. — Formes associées

Laissant de côté les rencontres fortuites, nous ne relèverons que les associations qui présentent une certaine fréquence ou qui, par l'intervention du facteur alimentaire, modifient la physionomie habituelle des syndromes hydropigènes classiques.

1° *Chez les cardiaques.* — L'œdème alimentaire se rencontre souvent associé à un état de *sclérose cardio-vasculaire* qui peut jouer, nous l'avons dit, un rôle étiologique. Le fait est à souligner car il entraîne des erreurs de diagnostic. Dans la plupart des cas ces sujets nous avaient été adressés comme insuffisants cardiaques, et ils avaient reçu des cardiotoniques, pour le moins inutiles.

Plus intéressantes sont les formes dans lesquelles, *chez des cardiaques authentiques, le déséquilibre alimentaire prend sa part à la constitution de l'œdème.* Nous en avons observé, entre autres, un cas typique : chez un syphilitique atteint de maladie de Hodgson avec insuffisance ventriculaire, les tonicardiaques redressent la défaillance du myocarde et font céder les troubles fonctionnels. Mais, malgré le déclenchement de la diurèse, l'œdème persiste en grande partie, coexistant dès lors avec une polyurie opalescente à 4 ou 5 litres.

De telles intrications de causes peuvent expliquer la résistance des infiltrations chez certains cardiaques soumis à la cure classique.

2° *Chez les hépatiques.* — D'une manière générale l'œdème, depuis l'ère des restrictions, prend dans le tableau de l'insuffisance hépatique une place de première importance. Et surtout quelques-unes de nos observations permettent de démêler la part respective du déséquilibre alimentaire et de l'insuffisance cellulaire du foie dans certaines formes mixtes. Tel ce malade qui, hospitalisé un an auparavant pour précirrhose éthylique et cliniquement guéri de son syndrome hydropigène, rentre en état d'anasarque avec polyurie à 2 litres 500 et bradycardie. Il existe une discrète circulation veineuse abdominale et quelques signes fonctionnels hépatiques ; les urines cependant ne renferment qu'un léger excès d'urobiline. Après quelque temps d'hospitalisation le pouls s'accélère et la polyurie fait place à une oligurie avec urines bilieuses. L'analyse des signes si caractéristiques du syndrome alimentaire permet de même de conclure à une intrication de causes chez trois autres de nos malades, hépatiques avérés ou frustes.

3° *Chez les rénaux.* — Le même problème se pose en présence de certains néphrétiques et il peut être résolu de la même manière, quoiqu'avec plus de difficulté. Plus souvent nous avons observé de petits signes de dysfonctionnement rénal associés à un état de déséquilibre, ce qui permet encore de décrire des formes rénales intriquées.

4° *Formes associées à d'autres syndromes carentiels.* — Cette éventualité n'est pas surprenante. C'est ainsi que nous avons vu un œdème de déséquilibre associé à un purpura généralisé avec hémogénie et gingivite, accidents qui témoignaient d'une carence en vitamine C.

Dans un autre cas, chez un malade amaigri de 36 kilogrammes, une polyurie opalescente avec œdème des paupières s'associait à des aphtes buccaux avec exulcération de la muqueuse et dysphagie accusée, témoins d'une carence probable en vitamine PP.

IV. — Formes évolutives

L'œdème est le seul symptôme vraiment anormal pour le malade, celui qui l'amène à consulter et dont la disparition témoigne pour lui d'une complète guérison. Nous savons qu'en réalité il n'en est rien. Cependant, la persistance plus ou moins longue de ce symptôme justifie la distinction de deux formes évolutives. Par ailleurs, à côté d'une grande majorité de formes bénignes, existent quelques syndromes graves qu'il faut isoler.

1° *Formes avec œdème passager.* — Dans ce cas, l'œdème cède au simple repos au lit et à une alimentation mieux équilibrée, en particulier plus riche en protides et en lipides. Mais la polyurie persiste (on peut d'ailleurs l'atténuer en restreignant les boissons), et la récidive est de règle quand les malades sortent de l'hôpital et reprennent leur travail.

2° *Formes avec œdème persistant.* — Chez d'autres malades, surtout depuis ces derniers mois, on voit l'œdème résister à ce traitement simple. L'addition de lait au régime, la déchloruration peuvent favoriser la résorption. Par contre, ni les vitamines, ni l'extrait thyroïdien ne montrent la moindre action.

3° *Formes graves.* — Nous avons observé cinq décès. Dans deux cas il s'agissait de malades très âgés (87 et 88 ans), cachectiques, avec escarres et complications pulmonaires. Une troisième malade, de 66 ans, présentait une anasarque avec hypothermie, hypotension artérielle et troubles psychiques ; elle est morte dans le coma le troisième jour après son arrivée dans le service.

Deux cas enfin concernent des hommes âgés (74 et 80 ans) présentant des signes accentués de sclérose cardio-vasculaire et qui, alors que l'œdème était en voie de régression, ont succombé brutalement en quelques heures. Chez l'un on a constaté un infarctus du myocarde, chez l'autre des lésions avancées de myocardite chronique.

Dans tous ces cas, les viscères ne présentaient aucune altération spécifique.

Conclusions

De nos observations, qui témoignent de la fréquence croissante des états de déséquilibre alimentaire, se dégagent donc quelques notions qui méritent d'être retenues.

I. — Le diagnostic de la forme commune, ou forme hydropigène, s'impose d'emblée en présence de la triade : œdème, polyurie opalescente, bradycardie. Elle s'observe d'ordinaire chez des hommes âgés, amaigris, travailleurs manuels, souvent porteurs d'une sclérose artérielle accusée.

II. — On peut dépister aisément par la mesure de la diurèse et la prise du pouls, les formes sèches, dans lesquelles manque l'œdème et qui paraissent encore plus fréquentes que la forme hydropigène.

III. — La connaissance de ces syndromes permet de déceler dans des formes associées à un état cardiaque, hépatique ou rénal, la part du déséquilibre alimentaire.

IV. — L'œdème n'est qu'un accident au cours d'un état de fond et sa disparition n'est nullement le témoin de la guérison. La polyurie qui le précède, l'accompagne et lui survit paraît un des signes les plus constants du syndrome de déséquilibre alimentaire.

NOTES SUR LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE LA CÉSARIENNE SUPRA-SYMPHYSAIRE SELON SES INDICATIONS

par Henri Payer

Interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Il y a longtemps que la césarienne corporéale d'intérêt historique a été détrônée par la césarienne supra-symphysaire dont les avantages sont démontrés d'une façon suffisamment éclatante par les statistiques mondiales.

Nous basant sur l'étude des deux cent quatre-vingt-neuf césariennes basses pratiquées au cours de ces dernières années au Centre Obstétrical de Saint-Germain-en-Laye, nous avons voulu en regrouper ici les différentes techniques telles que les pratique et nous les a enseignées notre maître, le Dr J. Courtois.

Plusieurs facteurs, en effet, interviennent pour modifier la conduite à tenir. Ces facteurs tiennent, d'une part au terrain sur lequel on intervient, c'est-à-dire au degré plus ou moins marqué de l'infection, à l'époque à laquelle on opère, d'autre part au type de dystocie qui a fait poser l'indication opératoire.

C'est pourquoi nous décrirons successivement, un peu schématiquement, la technique de la césarienne supra-symphysaire :

I. — Selon le degré d'infection : 1° Les cas purs ; 2° Les cas suspects ; 3° Les cas impurs ; 4° Les cas infectés.

II. — Selon l'époque à laquelle on intervient : 1° Pendant la grossesse ; 2° Césarienne itérative.

III. — Selon les indications opératoires : 1° Les bassins viciés ; 2° Les obstacles prævia : *a*) Placenta ; *b*) Kyste de l'ovaire ; c) Fibrome.

***

I. — Selon le degré d'infection

1° *Les cas purs :*

Il s'agit là de la césarienne basse supra-symphysaire transpéritonéale classique telle que l'a décrite le premier notre maître, le Professeur Brindeau (1923-1924). Pour la clarté de l'exposé nous reprendrons la description des différents temps opératoires en insistant sur quelques points de détail qui nous ont semblé avoir contribué beaucoup à améliorer notre statistique depuis 1938 surtout. La technique que nous avions publiée en 1936 (1) à propos de quatre-vingts césariennes supra-symphysaires, puis en 1938 (2) à propos de cent cinquante-huit cas de césariennes supra-symphysaires a elle-même été modifiée ou précisée de l'époque 1938 à 1941 (3) en ce qui concerne certains points que nous indiquerons :

D'abord, juste avant l'intervention, rupture systématique de la poche des eaux. Il nous a semblé, en effet, que cette simple précaution, en évitant l'issue de liquide septique ou choquant dans la zone opératoire après l'incision de l'utérus avait contribué beaucoup à simplifier les suites opératoires.

1) *Incision cutanée.*
Autrefois nous pratiquions une incision médiane sous-ombilicale de la symphyse à l'ombilic. L'expérience nous a permis de diminuer beaucoup la longueur de ce tracé, et de le déplacer vers le bas. Actuellement, notre incision part, en bas, de la commissure supérieure de la vulve au voisinage du clitoris, traverse le « mont de Vénus » et le dépasse de peu sur la paroi abdominale antérieure. La longueur totale de l'incision étant de douze centimètres environ, la cicatrice sera cachée dans sa plus grande partie, c'est-à-dire sept centimètres environ après la repousse des poils pubiens, et ne sera visible que sur cinq centimètres au plus. C'est une véritable incision esthétique qui n'a pas les inconvénients du Pfanenstiel préconisé par certains. On sait, en effet, combien l'hémostase prolonge l'intervention dans ce procédé et on connaît la facilité avec laquelle on a à déplorer les sphacèles et les hématomes pariétaux causes fréquentes de suppurations et de désunions post-opératoires souvent très graves même dans les cas purs, *a fortiori* dans les césariennes supra-symphysaires pratiquées dans les cas impurs.

2) *Incision de l'aponévrose.*
Comme dans toute laparotomie ; mais on peut la prolonger en haut sous l'incision cutanée en mettant à profit l'élasticité de la peau : C'est de cette façon que l'on peut « tricher » sur l'étendue de la laparotomie.

3) *Ouverture du péritoine.*
Celle-ci sera pratiquée le plus haut possible. Il faut, en effet, avoir toujours présent à l'esprit ce précepte que « la vessie est partout ». Le chirurgien est toujours étonné de voir la vessie si étalée et remontant si haut. Il n'est pas rare de la voir atteindre l'ombilic dans les cas où l'on pratiquerait une laparotomie ombilico-pubienne. C'est encore à elle qu'il faudra penser à presque tous les temps opératoires qui vont suivre. Pour

---

(1) *Science Médicale Pratique* (J. Courtois, 1936).
(2) *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique* (J. Courtois et Bouchacourt), octobre 1938.
(3) *Gazette des Hôpitaux* (Courtois et Philippe), 23 avril 1941.

l'éviter, nous pratiquions autrefois une incision en « Y ». Nous lui préférons actuellement une incision franchement transversale, perpendiculaire à la laparotomie et légèrement concave vers le bas. Amorcée au bistouri, un centimètre au moins au-dessus de la vessie, elle est poursuivie aux ciseaux, latéralement, et là encore il faut penser aux cornes vésicales à chaque extrémité de l'incision.

4) *Mise en place de la valve rétro-pubienne.*

C'est elle qui va rabattre sous elle le plus bas possible le péritoine incisé pour bien découvrir toute la hauteur du segment inférieur. Nous utilisons une simple valve vaginale.

5) *Mise en place des champs.*

C'est un temps capital auquel nous attachons une très grosse importance. C'est de lui que dépendra en grande partie le succès opératoire, et la simplicité des suites. C'est lui qui assurera, en effet, l'isolement complet et l'étanchéité de la zone opératoire par rapport à la grande cavité péritonéale :

a) Il faut placer les champs progressivement et méthodiquement avec le plat des ciseaux, la paroi étant soulevée en l'air par la valve tenue solidement par l'aide. Ne pas les chiffonner « en bouchon » ;

b) Il faut en mettre suffisamment. Nous utilisons six champs abdominaux au minimum.

Trois complètement dans le ventre : deux de chaque côté ; un en haut.

— Le droit comblant l'espace pariéto-utérin droit,

— Le gauche comblant l'espace pariéto-utérin gauche,

— Le supérieur comblant l'espace entre utérus et paroi sous-ombilicale.

Trois champs placés selon la même disposition mais retombant en cravate sur le champ opératoire en protégeant la tranche de section qu'ils bordent.

De cette façon la protection est assurée. Aucun liquide septique (liquide amniotique, sang, méconium) ne pourra s'écouler et infecter le péritoine.

6) *Mise en place de l'écarteur bi-valve de Ricard.*

7) *Injection dans le muscle utérin de post-hypophyse.*

Nous employons systématiquement ce procédé dans un but hémostatique. En règle générale on peut ainsi inciser ensuite un utérus pratiquement exsangue, ce qui permet, une fois l'extraction du fœtus faite, de gagner du temps en refermant l'utérus rapidement sans être aveuglé par le sang. Nous utilisons quarante unités de post-hypophyse Byla (1 cc.) : vingt unités poussées de chaque côté de la future incision utérine.

8) *Incision du péritoine vésico-utérin.*

Il faut chercher, à la pince à disséquer sans griffes, la limite de décollement du péritoine, le plus haut possible. On le soulève à ce moment, on l'incise au bistouri en boutonnière et, avec le plat des ciseaux, on décolle :

En bas, toute la surface du segment inférieur ;

En haut, une bandelette de péritoine aussi large qu'on le peut sans déchirer.

Il ne reste plus, une fois le décollement fait, qu'à prolonger l'incision aux ciseaux selon une courbe concave en bas. C'est la valve rétro-pubienne insinuée sous le feuillet péritonéal inférieur qui va parachever le décollement en étant enfoncée le plus bas possible vers le dôme vaginal et en étant promenée ensuite avec douceur latéralement d'un ligament large à l'autre. Le segment inférieur apparaît ainsi dans toute sa hauteur, et dans toute sa largeur. Il faut maintenant l'inciser.

9) *Incision du segment inférieur.*

Nous nous permettons d'insister ici sur deux points :

1° Elle doit être médiane, dans la zone dite avasculaire. Or, du fait de la torsion de l'utérus gravide sur son axe et telle que la face antérieure de celui-ci regarde à droite nous avons constaté que la ligne d'incision n'était jamais médiane. Les dangers d'une telle incision ne sont cependant pas négligeables :

a) Danger de blesser le riche plexus utérin gauche ou d'ouvrir près de son origine un vaisseau venant directement de lui, perpendiculairement à l'incision ;

b) Dans le surjet de recouvrement musculo-séreux, danger de léser encore le plexus, d'embrocher le ligament large, de couder ou même de blesser derrière lui le sigmoïde qui est souvent moins loin qu'on ne le pense.

Aussi recourons-nous au procédé suivant pour nous assurer du siège exactement médian de notre incision :

Les trois premiers doigts de la main gauche introduits sous le pubis dans la direction du vagin doivent sentir :

— Le médius, le plan élastique du ligament large gauche ;

— Le pouce, le plan élastique du ligament large droit ;

— C'est l'index qui, se plaçant à équidistance des deux doigts précédents, indique le point où le bistouri devra attaquer.

2° Elle doit être verticale. Il est prudent pour ce faire de repérer les commissures supérieure et inférieure de la future incision en pinçant celles-ci avec deux pinces de Kocher. Cette incision doit partir d'en bas, le plus bas possible, mais là encore, il faut penser à la vessie au niveau de la zone de solide adhérence vésico-vaginale et aux cornes vésicales qui débordent encore latéralement la valve rétro-pubienne. La boutonnière est faite au bistouri.

Dès qu'on a traversé l'épaisseur du muscle utérin on repère celle-ci de part et d'autre, entre les deux mors d'une Kocher, et l'on prolonge alors l'incision sous le contrôle des doigts. Elle doit aboutir en haut, à la ligne de décollement du péritoine intéressant ainsi l'utérus sur une longueur de dix centimètres environ. Au fur et à mesure que l'incision progresse, pour éviter l'issue des liquides septiques dans le péritoine, l'aide repère et soulève les lèvres de l'incision avec six ou huit pinces qu'il a préparées au préalable. Nous avons remplacé les pinces en cœur par des Kocher, parce que :

1° L'hémostase hypothétique et temporaire due aux pinces en cœur a déjà été assurée par l'injection de post-hypophyse faite au préalable dans l'utérus ;

2° Les mors fenêtrés des pinces en cœur constituent souvent un embarras au moment de la suture. On risque de passer au travers d'eux, d'où perte de temps.

Notons enfin que, dans la césarienne mutilatrice, l'incision utérine au lieu d'être verticale sera transversale d'un ligament large à l'autre préparant ainsi l'hystérectomie.

10) *Extraction du fœtus.*

Elle variera selon les présentations :

Soit par le sommet, la main introduite en chausse-pied devant la présentation ;

Soit par la face, un doigt de l'opérateur introduit dans la bouche du fœtus ;

Soit par version ou forceps suivant les cas.

Dans certains cas, on a affaire à une tête déjà enclavée dans le D. S., susceptible d'être blessée par les cuillères du forceps. Nous recourons alors au moyen suivant :

Avec les précautions d'aseptie d'usage, un aide refoule par le vagin la tête enclavée.

Quoi qu'il en soit il faut insister sur deux points :

1° Ne pas craindre de s'aider d'expression utérine ;

2° Ne pas insister si la présentation a des difficultés à sortir par la brèche utérine. Préférer prolonger l'incision plutôt que de risquer une déchirure du segment inférieur qui, en général, se propage en étoile vers le bas.

11) *Délivrance.*

La délivrance par traction sur le cordon combinée à l'expression utérine ayant amené dans certain cas une inversion utérine très difficile à réduire, nous lui préférons la délivrance artificielle par clivage à la main plus rapide et plus sûre.

L'utérus une fois vidé, il faut s'assurer avant de le suturer de la perméabilité cervicale nécessaire à l'écoulement ultérieur des lochies. On y parvient en introduisant par l'orifice interne du col un clamp courbe, par exemple.

12) *Suture de l'utérus.*

Ce temps doit être exécuté rapidement pour profiter de l'hémostase relative encore assurée par l'injection de post-hypophyse pratiquée antérieurement. Après avoir tassé une compresse abdominale dans le fond de l'utérus, on procède à sa fermeture.

Cette suture doit être parfaite. Elle comprendra :

1° Un premier plan de points en « X » rapprochés, serrés suffisamment mais pas au point de couper (nœuds de chirurgien de préférence) au gros catgut exactement du diamètre de l'aiguille, points non perforants, n'intéressant pas l'endomètre.

Il est à noter d'ailleurs qu'il est très facile de respecter l'endomètre. En effet, celui-ci se trouve en règle générale clivé spontanément par l'incision progressive de l'utérus au cours de laquelle les plans se sont rétractés les uns après les autres devant la lame du bistouri.

Quoi qu'il en soit, on commencera ce premier plan par en bas, se souvenant que l'incision a commencé très bas jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur. On se gardera de couper les chefs du point le plus inférieur qui serviront de tracteur pour amorcer le surjet de recouvrement au delà de l'aiguille. On refermera ainsi la brèche de bas en haut en soulevant les deux lèvres de l'incision d'une main au moyen des pinces de Péan placées au préalable en prenant bien garde de ne pas fixer la compresse abdominale dans les points de suture et de ne pas oublier de la retirer avant la fin de la fermeture.

2° Un surjet d'enfouissement à points passés, bien tendu, musculo-séreux, prenant largement de part et d'autre du premier plan, partant plus bas que lui, finissant plus haut par un point en bourse également non perforant.

13) *Péritonisation en redingote.*

Le pan supérieur est rabattu le plus bas possible et fixé par quelques points sur l'utérus.

Le plan supérieure est rabattu par-dessus celui-ci le plus haut possible et fixé sur lui par deux surjets à points passés au catgut fin partant de la ligne médiane et descendant en divergeant sur les faces latérales. L'incision péritonéale transversale se trouve ainsi hermétiquement fermée. A ce moment, bien qu'il s'agisse d'un cas pur, dès que l'intervention a duré plus longtemps que normalement ou a nécessité des manipulations indésirables, nous employons volontiers au moyen d'un projecteur à pompe le poudrage de la cavité abdominale avec une sulfamide du type Dagénan ou 1162 F.

14) *Fermeture de la paroi.*

En un plan aux bronzes, s'il y a urgence étant donné l'état de la femme.

En trois plans, dans tous les autres cas.

Nous allons maintenant décrire notre tactique opératoire dans les cas suspects, impurs et nettement infectés ; mais, indépendamment des différents points de technique particuliers à chacun d'eux et que nous verrons par la suite, nous voulons insister dès maintenant sur l'impor-

tance que nous attachons à la sulfamidothérapie. Nous sommes les premiers, croyons-nous, à avoir employé les sulfamides locales.

Dès 1937, nous utilisions la Soluseptazine intra-péritonéale. Nous versions cinquante centimètres cubes du produit sur les tranches utérines. Actuellement, nous utilisons, soit les sulfamides en poudre avec un pulvérisateur, soit les sulfamides solubles : Soludagénan, Soluseptazine. Nous procédons de la façon suivante :

Une certaine quantité de sulfamide est introduite à l'intérieur de l'utérus (30 à 50 grammes) avant qu'il ne soit complètement refermé. Après la suture de celui-ci et avant celle du péritoine vésico-utérin, nouvelle application de sulfamide. Enfin, nous versons encore une bonne quantité du produit avant de pratiquer le surjet du péritoine pariétal.

Cette règle générale de prophylaxie opératoire étant bien établie voyons les différents points de technique selon le degré d'infection.

2° Les *cas suspects* :

La femme est en travail depuis douze à vingt heures. Le col est œdématié, la dilatation est entre cinq francs et grande paume, le liquide amniotique est teinté, la température avoisine 37°8, le pouls est à 90-100. La femme a subi de nombreux touchers voire même des manœuvres obstétricales.

Aussitôt placés les champs abdominaux, avant d'inciser l'utérus, la femme est remise en position horizontale pour éviter que les liquides septiques issus de l'utérus ne viennent infecter la grande cavité péritonéale.

Après suture du péritoine vésico-utérin, nous drainons par un Mickulicz qui est placé d'une façon particulière. Il est fixé par trois points de catgut fin sur la face antérieure de l'utérus débordant de chaque côté le volet de recouvrement péritonéal. Son « insertion utérine » prend la forme d'un « V » à pointe supérieure. De cette façon la suture est complètement isolée de la grande cavité péritonéale. Un drain dans le Mickulicz. On change de gants et d'instruments pour suturer la paroi.

3° Les *cas impurs* :

Le travail dure depuis vingt-quatre heures, la dilatation est de grande paume à complète, poche des eaux rompue depuis vingt heures, liquide teinté, odorant, méconial, la température est à 38°, le pouls à 100.

Nous avons complètement abandonné la césarienne selon la méthode de Portes. Celle-ci est en effet grevée d'une lourde mortalité qui tient non seulement à la césarienne elle-même, mais encore au deuxième temps de l'intervention, c'est-à-dire à la réintégration de l'utérus dans l'abdomen.

Nous lui préférons de beaucoup le système suivant : Nous procédons à un véritable emballage de l'utérus intra-abdominal :

Tout d'abord au cours de l'intervention, l'on prête bien entendu une attention toute particulière à la disposition des champs de protection. L'utérus a été extériorisé, la paroi abdominale a été refermée au-dessus de lui par des pinces de Museux. On pratique la césarienne segmentaire comme il a été dit plus haut. Une fois l'utérus refermé on fixe sur sa face antérieure le Mickulicz cousu que nous avons décrit à propos des cas suspects. On bascule ensuite l'utérus en avant, et l'on place dans le Douglas le sommet d'un deuxième Mickulicz contenant un gros drain et cousu à la face postérieure de l'utérus. Enfin, un Mickulicz est placé de chaque côté dans les gouttières pariéto-coliques.

Entre ses quatre Mickulicz l'utérus est ainsi « emballé » dans une tente de gaze, pratiquement extériorisé de la grande cavité péritonéale.

La paroi est refermée rapidement en un plan aux fils de bronze.

4° Les *cas nettement infectés* :

La femme est en travail depuis vingt-quatre à trente heures, la poche des eaux est rompue depuis plus de vingt heures, les pertes sont verdâtres, fétides, la température est à 38°, le pouls à 110, le facies est altéré, plombé, les traits tirés. Quant à l'utérus, il est fragile, très souvent rétracté, le segment inférieur est en « carton bouilli », les parties molles, friables, « en papier buvard ». L'enfant est moribond, sans intérêt.

Dans ces cas, la vie seule de la femme est en jeu, il y a intérêt à lui éviter une intervention schokante. Aussi préférons-nous employer le forceps au D. S. ou la symphysiotomie sous-cutanée partielle de Zarate (1). Mais bien souvent la rétraction de l'utérus, ou la friabilité des parties molles empêche d'employer la voie basse. Il faut alors recourir d'emblée à l'hystérectomie avec large drainage. Nous pratiquons de préférence une césarienne mutilatrice de Porro légèrement modifiée :

Laparotomie. Extériorisation de l'utérus. Protection de la cavité péritonéale par les champs, et par occlusion de la partie haute de la laparotomie au moyen de pinces de Museux.

Après ouverture et décollement du péritoine vésico-segmentaire, on étrangle la région segmentaire de l'utérus avec un gros drain circulaire très serré que l'on fixe à l'utérus par deux points de catgut antérieur et postérieur. On lie les pédicules supérieurs qui sont inclus dans la striction et les deux utérines. On clampe le segment inférieur et on le sectionne entre clamp et ligature circulaire. Ainsi, œuf et utérus se trouvent enlevés en bloc sans avoir laissé couler de liquides septiques.

Le moignon d'hystérectomie est recouvert d'un vaste Mickulicz avec drain central qui descend en arrière jusque dans le fond du Douglas.

Fermeture de la paroi aux bronzes.

(1) *Bulletin Médical* (Courtois et Balazuc), 1er novembre 1941.

Dans les cas très infectés où le travail dure depuis plus de trente heures, où la température est à 39° et le pouls à 130, où la femme est en tuphos, l'utérus infiltré enserre un fœtus mort. Dans ces cas, la friabilité des parties molles empêche l'application du forceps, il faut également recourir d'emblée à la césarienne mutilatrice de Porro, mais elle est alors d'un pronostic très sombre.

Telles sont les différentes modifications que nous avons apportées aux différentes techniques de la césarienne dans les cas suspects, impurs, nettement infectés. Ces modifications jointes à l'emploi systématique et intensif de la sulfamidothérapie locale et générale nous ont permis, croyons-nous, d'améliorer notre pourcentage comme en témoigne un travail de statistique publié par nous et portant sur trois cent trente-cinq césariennes pratiquées au Centre Obstétrical de Saint-Germain-en-Laye pendant ces dernières années (1). Ces améliorations nous ont poussés à étendre fortement nos indications aux dépens de la voie basse meurtrière pour la femme lorsqu'il s'agit d'une dystocie grave et incomparablement plus meurtrière pour le fœtus.

II. — Selon l'époque a laquelle on intervient

1° *Pendant la grossesse* :

Césarienne basse avant terme. L'indication principale en est l'apoplexie rétro-placentaire. Ici, le gros inconvénient consiste dans le fait que « le segment inférieur est mal formé ». En réalité, cette expression est impropre car le segment inférieur est formé dès le début de la grossesse, et pourrait-on dire, depuis la puberté pour toute la vie. Il serait plus exact de dire que le segment inférieur est peu développé. Quoi qu'il en soit, la brèche est en règle générale insuffisante pour pratiquer l'extraction du fœtus, et on est obligé de « tricher ».

Ce n'est pas vers le bas que l'on pourra gagner car là on est au contact de la vessie.

C'est vers le haut que l'on étendra son incision pour faire en réalité, non plus une segmentaire, mais une segmento-corporéale.

Une fois terminée la suture utérine il sera souvent difficile de faire une véritable redingote péritonéale de recouvrement. Il faudra cependant s'y efforcer. Dans les cas où on n'y parviendrait pas on aurait recours au procédé suivant : décoller latéralement le péritoine adhérent aux lèvres de la plaie utérine, puis le rabattre alternativement d'un côté sur l'autre (redingote en sens perpendiculaire au sens habituel) par des points séparés au catgut fin.

2° *Césarienne itérative* :

En dehors des précautions classiques à apporter à l'ouverture de la paroi en ce qui concerne les adhérences pariéto-intestinales, utéro-pariétales, utéro-intestinales et utéro-épiploïques, il faut apporter le plus grand soin à ne pas blesser la vessie. En effet, le péritoine pariétal est le plus souvent adhérent à la paroi, épaissi et la vessie se continue insensiblement avec lui. D'excellents opérateurs ont pu la blesser.

Quant à la cicatrice de la césarienne segmentaire antérieure, on ne la voit pour ainsi dire jamais. Dans de rares cas elle est scléreuse et adhère à la vessie. Il faut alors disséquer le tractus qui les unit au plus près de l'utérus. Nous n'avons jamais observé de cicatrice mince, ni de désunion pendant le travail. Enfin, rappelons que pour une césarienne tri-itérative et avec le consentement de la femme, la stérilisation pourra être envisagée par la ligature bilatérale des trompes.

III. — Selon les indications opératoires

1° Les *bassins viciés* :

Ce sont eux qui constituent l'indication majeure et la plus fréquente de la césarienne. Ce sont surtout eux que nous avons eu en vue dans notre description de la césarienne basse car c'est dans ce cas que celle-ci est le plus typique. En revanche, il n'en est pas de même des obstacles praevia qui imposent chacun des particularités de technique propre.

2° *Les obstacles praevia* :

A. — Placenta praevia.

En dehors des cas où le diagnostic et l'indication opératoire sont posés précocement et où l'on peut intervenir dès la première hémorragie, la césarienne pour placenta praevia doit être considérée comme faite en milieu infecté. En effet, chez ces femmes présentant des hémorragies à répétition, la cavité utérine constitue un milieu de culture idéal pour la pullulation des germes. C'est dire qu'il faudra toujours avoir le drainage très facile.

Au cours de la laparotomie on remarquera, l'hypervascularisation anormale de la paroi à ses différents étages :

Le tissu cellulaire sous-cutané et la graisse saignent en nappe abondamment, l'aponévrose des droits, le fascia transversalis, le péritoine sont hyperhémiés, la vessie est congestionnée, sillonnée de gros vaisseaux. Le segment inférieur est violacé, mou, comme gorgé de sang, on le devine extrêmement mince et friable. C'est pourquoi beaucoup d'auteurs se refusent en cas de placenta praevia à passer au travers du segment inférieur et préfèrent à la césarienne basse, la césarienne corporéale. Nous croyons pour notre part, au contraire, que l'allure suspecte du segment inférieur constitue une raison majeure pour l'inciser. Ce sera la meilleure façon d'en vérifier la résistance pour y remédier ensuite lors de la suture.

(1) Giraud et Payer. *La Gynécologie*, février 1942.

Nous ferons encore un deuxième reproche à la césarienne corporéale en cas de placenta praevia :

Il existe souvent au niveau de l'orifice interne du col un véritable bouchon constitué par une lame recouvrante de caduque vraie qui a glissé du segment inférieur pour obstruer le col. Or, il est de première importance d'assurer l'écoulement ultérieur des lochies par le col utérin et il est évident que l'incision corporéale ne permet pas de voir le col utérin et de se rendre compte de sa perméabilité. Il est à noter d'ailleurs que, même à ciel ouvert, le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile à faire entre l'éperon de caduque et un col plicaturé. Ce dilemme est d'autant plus grave qu'il faut à tout prix désobstruer le col en effondrant l'éperon décidual. Celui-ci est constitué par une muqueuse épaissie, souvent très résistante, et les efforts que l'on doit faire pour l'effondrer risqueraient, s'il s'agissait d'une plicature du col, de faire une perforation du segment inférieur aminci en arrière.

Aussi, dans certains cas douteux, préférons-nous dilater l'orifice minuscule du col au moyen d'une pince longue introduite et ouverte dans le canal cervical, et y laisser un drain à demeure fixé par un point au catgut et sortant par le vagin.

B. — Kyste de l'ovaire.

Etant donné la fréquence avec laquelle les kystes de l'ovaire se compliquent pendant la grossesse, on sait qu'ils doivent être opérés en règle générale entre le troisième et le cinquième mois de la gestation. C'est dire que l'on ne verra à terme que des kystes dont le diagnostic n'aura pas été fait, ou qui auront été jugés inextirpables cliniquement. La technique proprement dite de la césarienne n'est modifiée en rien par leur présence. On fait une césarienne segmentaire classique qui constituera le premier temps de l'intervention. Une fois l'utérus refermé, on change de gants et d'instruments et l'utérus ayant été basculé en avant il ne reste plus qu'à procéder à la libération parfois difficile du kyste. En effet, il est à noter qu'il faut aller chercher le kyste souvent très bas. Dans bien des cas, il clive le Douglas en arrière jusque sur le périnée ou latéralement les ligaments larges. Il faut penser également à la grande fréquence avec laquelle on observe en cas de kystes bilatéraux un croisement des kystes, le kyste de l'ovaire droit siégeant à gauche et inversement. Quoi qu'il en soit, en règle générale, on pourra se contenter d'enlever le kyste en respectant la trompe, sauf dans les cas où celle-ci est atteinte du fait d'une complication inhérente au kyste : torsion, infection.

En ce qui concerne le drainage, on ne le pratiquera qu'en cas de torsion ou de sphacèle. Dans tous les autres cas, fermeture hermétique de la paroi.

C. — Fibrome.

Bien que le terme de la grossesse soit l'époque de choix que l'on devra toujours attendre pour prendre la décision opératoire, la question des fibromes est infiniment plus importante, plus complexe, et plus grave.

Dès l'abord, il faut différencier trois grandes classes de fibromes :

a) Les cas purs. — Le diagnostic a été fait depuis le début de la grossesse. L'aseptie du fibrome a été vérifiée au cours des examens réguliers pratiqués chez la femme. Il n'y a jamais eu de température ni de signe d'infection, aucun symptôme de compression. L'état général a toujours été bon, sans la moindre suspicion de toxhémie fibromateuse.

Dans ces cas, on pratiquera une césarienne segmentaire classique. Il est exceptionnel que le fibrome soit unique. En général, il existe une tumeur praevia et, en outre, un nombre plus ou moins important d'autres fibromes.

Il faut commencer par traiter le fibrome praevia.

S'il est sur la face antérieure du segment inférieur, derrière la vessie, il faut le cliver d'avec elle. Pratiquer une myomectomie en l'énucléant, et profiter de la brèche de myomectomie pour faire l'hystérotomie. Après l'extraction du fœtus on régularisera les bords de la plaie utérine qui seront enfouis après suture sous une bonne redingote péritonéale.

Une fois traité le fibrome praevia, si l'intervention a été rapide on peut enlever trois, quatre, cinq fibromes par myomectomie. Dans un cas, notre maître Courtois a pu ainsi enlever dix fibromes dans une même résection en « tranche de melon ». La plaie, ou les plaies de myomectomie seront ensuite refermées différemment suivant les cas : si la largeur de la brèche est peu importante, par suture massive en un plan ; si ses lèvres sont très écartées, par capitonnage en plusieurs plans. Quoi qu'il en soit il ne faut jamais s'attaquer aux fibromes intramuraux dont l'énucléation pourrait amener à ouvrir la cavité utérine avec tous les risques que comporterait une nouvelle césarienne.

Dans les cas où le fibrome n'intéresse pas le segment inférieur, on peut commencer par pratiquer la césarienne et terminer par la myomectomie.

b) Les cas s'accompagnant de toxhémie.

La femme ne présente pas de signes d'infection et en particulier n'a pas de température, mais a un aspect général d'intoxiquée. Pendant sa grossesse elle a maigri considérablement, de quinze à vingt kilos. Elle est asthénique, anémiée comme en témoignent son teint pâle et jaune à la fois, et sa formule sanguine. Tous ces symptômes réalisent le tableau de la toxhémie fibromateuse qui est du plus fâcheux pronostic. Il est inutile de tenter sur un tel terrain la moindre myomectomie, il faut se contenter d'une césarienne rapide sans toucher au fibrome. Sans doute cette solution est peu satisfaisante pour l'esprit. Elle résume pourtant la seule attitude à adopter et il faut remettre à plus tard une intervention plus radicale qui, dans le cas présent, amènerait fatalement la mort de l'opérée.

c) Les cas s'accompagnant d'infection.

La température est à 38°. Il existe une douleur spontanée au niveau du fibrome. L'examen révèle souvent un certain état de subocclusion : léger ballonnement, arrêt des matières, gaz rares. A la palpation on trouve un fibrome douloureux, une certaine défense utérine qui, dans certains cas, est déjà propagée à la paroi. Dans ces cas il ne faut pas hésiter à pratiquer rapidement une hystérectomie, et dans les cas plus infectés une exérèse en bloc à la Porro. Quelquefois la situation du fibrome oblige à faire d'abord une césarienne suivie d'hystérectomie. Ce sont les plus mauvais cas, ceux qui feront redouter les complications infectieuses post-opératoires les plus graves.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de cas apparemment purs ou suspects ou franchement infectés, nous voulons insister sur ce fait que le fibrome du segment inférieur siège près du col, qu'il saigne, et que, partant, il est fatalement infecté. Aussi, il faudra toujours accompagner la césarienne pour fibrome segmentaire d'un drainage à la Mickulicz plus ou moins important suivant les cas et selon les indications déjà exposées plus haut au sujet des césariennes en général. Ce drainage ira du simple Mickulicz cousu dans la myomectomie suspecte jusqu'à l'emballage complet de l'utérus dans les cas graves. Si on a été amené à pratiquer une hystérectomie subtotale il faudra la faire suivre, soit d'une exérèse secondaire du col, soit d'une incision longitudinale et postérieure de ce col avec mise en place dans le canal cervical d'un drain cousu par un point de catgut. Dans ce cas un Mickulicz contenant un drain recouvrira le moignon du col et toutes les surfaces cruentées du péritoine pelvien, descendant en arrière jusqu'au fond du Douglas.

Nous croyons avoir ainsi résumé les différentes techniques de césarienne telles qu'elles sont indiquées par le terrain, et les types de dystocies. Nous insisterons encore en terminant sur l'importance de la sulfamidothérapie et du drainage facile qui ont permis d'étendre beaucoup l'indication de la voie haute par rapport à la voie basse tellement plus meurtrière dans bien des cas.

Travail du Centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye
Service de M. le Docteur J. Courtois
(Accoucheur en Chef de l'Hôpital)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ACTUALITÉS

BOTULISME 1942

Par M. R. Levent

Autrefois peu fréquent en France, le botulisme a subi, ces temps derniers, une notable recrudescence. Ce qu'on savait de ses signes, paralysies oculaires et leurs séquelles, paralysies vélopalatines, pharyngées et laryngées et autres signes, n'encourt, du fait de cas récents aucune modification appréciable. Il convient pourtant de noter la proportion relative plus élevée des formes graves à issue très rapide (cas de Harvier, mortel en quelques heures) et des formes relativement bénignes d'incubation prolongée (juqu'à 15 jours) et d'évolution ralentie, comparativement aux formes moyennes.

Les cas récents ont, par contre, permis une mise au point d'un haut intérêt dans les domaines de l'étiologie, du diagnostic bactériologique, du traitement et de la prophylaxie apportée par les récents travaux du Prof. Legroux et de Mme Jéramec (1).

Il est une règle primordiale en présence d'un malade suspect de botulisme : éviter la confusion avec la diphtérie du fait d'un examen oculaire et pharyngé incomplet. S'il subsiste une indécision en même temps qu'une raison de soupçonner le botulisme tandis que la diphtérie ne fait pas sa preuve, commencer **sans attendre** le traitement du botulisme, sans attendre notamment les réponses qu'en même temps on sollicitera du laboratoire.

On ne saurait à cet égard trop insister sur la nécessité d'un laboratoire compétent et pour ainsi dire spécialisé en matière de botulisme ; l'Institut Pasteur est pratiquement et à l'heure actuelle, seul à donner toutes garanties dans ce domaine très spécial.

Diagnostic fait — fût-ce arbitrairement — et traitement commencé — sauf rectification ultérieure — selon le mode exposé ci-après, l'enquête étiologique devra se poursuivre parallèlement quant aux commémoratifs alimentaires et quant aux données bactériologiques.

Aliments. — Il est indispensable de déterminer au moins par interrogatoire l'aliment toxigène. En pratique actuelle, il s'agit presque toujours de conserves, et de **conserves familiales** à l'exclusion quasi-totale des conserves industrielles.

Tantôt **conserves de légumes** ; les **petits pois** sont, et de loin, en tête ; les pois farineux, stérilisés par ébullition trop brève, dans des récipients trop peu immergés, trop remplis et dont le contenu dépassant un jus trop rare a ainsi échappé, du fait d'une convection partiellement assurée par l'air — donc imparfaite — à un chauffage suffisant. Pois et jus contiennent en abondance bacilles et spores, ces derniers très résistants à la chaleur. L'abondance dans cette préparation des glucides et de l'amidon, offrent au microbe un milieu de choix pour une culture abondante, une toxine abondante et de haute virulence : 1/500.000e de centimètre cube en tue rapidement le cobaye.

(1) Académie de Médecine, 7 juillet 1942.

Dangereux aussi les haricots verts et les épinards mais à un moindre degré. Ces légumes et surtout les pois, développent des intoxications débutant tôt et évoluant vite et souvent vers la mort.

Tantôt de sont des **conserves de viande** : bœuf, porc ou oie surtout. Parfois la viande était trop anciennement abattue et le transport en a retardé la mise en conserve ; d'autres fois, c'est la viande fraîche d'un animal apparemment sain, mais porteur sain de b. botulinus, comme peuvent l'être le bœuf ou l'oie. La conservation (saumure, fumage, préparation de confit) arrête la végétation du microbe sans le tuer ; la végétation reprend de plus belle à la sortie de la saumure ou même dans la graisse protectrice. C'est, en général, une prolifération médiocre et une toxine d'abondance médiocre, l'une et l'autre diffusant peu dans la viande ou la graisse. Mais il y a eu ensemencement du tube digestif du malade et production d'une toxi-infection retardée mais pourtant grave. Ce peu de diffusion dans les viandes rend plus délicates les manœuvres de prélèvement aux fins d'expertise.

L'aliment identifié — et il faudra remonter parfois assez loin dans le passé — il importe d'envoyer rapidement au laboratoire tout ce qu'on aura pu recueillir. La quantité ne saurait être trop grande (prélèvements multiples dans aliments solides) ni trop faible (traces de jus virulent et débris de légumes riches en spores) ; le récipient d'origine a souvent son utilité ; les indications quant au mode de préparation également.

Vérification bactériologique. — Pour sa pleine utilité elle doit être rapide et précise et la technique de l'Institut Pasteur y satisfait pleinement.

Toutes les espèces de b. botulinus sont **anaérobies** et donnent aisément des **spores** résistant au chauffage prolongé à 80° qui suffit pour tuer la forme bacille. **Tous les types produisent une toxine pathogène par ingestion,** seule toxine microbienne connue qui ait cette propriété. D'où le caractère de toxi-infection du botulisme et les particularités de son incubation et de son évolution.

Des deux types identifiés chez l'homme le **botulinus B** s'est montré cette fois seul en cause comme d'habitude en Europe. Il a même morphologie et mêmes caractères culturaux que le b. A ; la quantité de toxine produite varie avec la souche et le milieu mais alors que la toxine A est habituellement la plus nocive (dose mortelle pour le cobaye : 1/100.000e cm³ pour A ; 1/600e cm³ pour B), une souche B nouvelle a été récemment isolée à Paris (dose mortelle cobaye : 1/500.000e cm³). Chacune des toxines A et B a **un caractère antigénique étroitement spécifique** d'où spécificité étroite des sérums antitoxiques.

Cette spécificité contribue à la rapidité du diagnostic. On pratique, à l'Institut, l'inoculation simultanée d'une même dose de produit suspect à deux cobayes dont chacun reçoit concurremment une dose suffisante de sérum antitoxique A pour l'un, B pour l'autre. Le cobaye non protégé par le sérum approprié meurt en 24 heures, directive de plus pour le traitement.

On cultive en même temps sur milieux spéciaux des prélèvements qui, pour les aliments solides, doivent être nombreux et judicieusement choisis et dans le cas de graisses commandent des précautions préliminaires spéciales. Ces cultures complètent l'épreuve au cobaye et renseignent sur la pullulation du germe et sur la toxine élaborée. Certaines souches peu abondantes sont redoutables sans délai par la puissance de la toxine ; d'autres ne le sont que par la pullulation rapide, d'autres enfin, à croissance lente, ne le deviennent qu'après 3-4 jours.

D'où incubations prolongées avec accidents retardés mais graves et durables, tandis qu'en d'autres cas l'évolution due à la toxine ingérée en nature sont graves et suraigus. D'où aussi la contamination dès avant la flambée terminale dans l'entourage du malade. Faute de précautions et comme pour une infection éberthienne les germes sont transportés par les mains souillées vers le tube digestif ou la conjonctive. Les formes à pullulation tardive ne sont donc qu'apparemment et temporairement bénignes.

Le pronostic est toujours grave, surtout en cas d'ingestion de toxine en nature qui produit des lésions nerveuses précoces et définitives. Il est relativement moins mauvais si les premiers signes oculaires retardent de plus de 24 heures ou les premiers signes pharyngés de 2 ou 3 jours sur le repas suspect ; s'il s'agit d'un aliment sec (jambon) ou d'un confit. Le traitement spécifique même relativement tardif a alors son plein pouvoir. Mais les lésions nerveuses accomplies sont toujours définitives.

Traitement. — C'est une *anatoxi-sérothérapie* qu'on doit instituer dès la première suspicion.

Le bacille de van Ermenghen (botulinus A ou B) fabrique des toxines étroitement spécifiques dans chaque variété et dont le pouvoir antigénique se prête à la préparation de sérums et d'anatoxines efficaces mais aussi étroitement spécifiques. On peut et doit donc s'abstenir de préparations polyvalentes et n'employer actuellement que l'**anatoxine B** et le **sérum anti B.**

1° Injection sous-cutanée de 1/2 à 1 cm³ d'anatoxine donnera une immunisation active en 22 à 23 jours ;

2° Dix minutes après : injection de 40 cm³ de sérum anti B — voie sous-cutanée (absorption et élimination ni trop lentes ni trop rapides) — même dose chaque jour jusqu'à stabilisation des symptômes — doses décroissantes ou espacées pendant les 10 jours suivants où les signes s'atténuent — on obtient une immunisation passive immédiate et temporaire et la neutralisation des réactivations toxiques dues à l'anatoxine ;

3° Après 8 à 10 jours de repos, 2e injection d'anatoxine (1 à 2 cm³) ; confirme l'immunisation active et diminue et abrège les séquelles en détruisant, dans les milieux oculaires notamment, la toxine déjà fixée.

Cette méthode mixte a très notablement amélioré le pronostic lorsqu'appliquée assez tôt. On peut considérer comme ayant toute chance d'efficacité un traitement commencé moins de 48 heures après le début des accidents.

M. Legroux et Mme Jéramec ont de plus précisé des *mesures préventives pratiques :*

Ne **conserver que des denrées saines et fraîches.** Donc éviter cette année les conserves de viande ; ne conserver que les légumes du jardin — et non ceux du colis familial. Ne pas opérer par la chaleur orageuse.

Ne pas compter **pour la stérilisation** sur les salures, fumures, saumures ; **ne compter que sur le chauffage** : assez intense (ébullition franche), assez prolongé. Opérer sur des légumes baignant entièrement dans le jus et avec des récipients plongeant entièrement dans le bain-marie ; la chaleur se transmettra alors uniquement par les liquides, condition optima ; 1 heure suffit dans ce cas ; 2 heures sont insuffisantes pour les pois qui surnagent.

Savoir dépister une conserve suspecte : pour les viandes « ce qui pue, ne tue pas, ce qui ne pue pas, tue » est un adage paysan justifié ; les parties dangereuses n'ont pas d'odeur putride mais odeur de lard ou de beurre rances.

Pour les légumes : odeurs entêtantes, mais non désagréables, de truffe, de lis, de seringa, dues à des aldéhydes aromatiques par fermentation d'amidons.

Ces conserves devront être impitoyablement rejetées.

Les conserves admises à la table, les pois en particulier, seront non pas tièdes au bain-marie dans leurs boîtes, mais **franchement bouillies, en casserole, à feu nu et fréquemment brassées.** Le contact un peu prolongé avec un fond de casserole à 300° suffit à l'innocuité de légumes peu touchés et qu'on n'aura pas, ainsi, le regret de détruire inutilement ou de consommer imprudemment.

Les personnes soignant des botuliques seront astreintes aux mêmes précautions d'hygiène que pour les soins donnés aux typhiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 28 juillet 1942 (fin)

L'alimentation des nourrissons par le lait concentré. — M. Lereboullet, rapporteur (au nom de la Commission du Lait).

Dans sa séance du 30 juin 1942, M. Ribadeau-Dumas avait apporté les conclusions de la Commission du Lait relatives à la surveillance du lait et à la réglementation de sa vente.

L'Académie a entendu le 28 juillet un nouveau rapport de M. Lereboullet motivé par une question du ministre. Le ministre de la Santé, le Dr Grasset, demandait l'avis de l'Académie de Médecine sur les diverses données du problème de l'alimentation des nourrissons par le lait concentré, notamment sur les avantages et les garanties qu'il peut donner, de préférence au lait de vache recueilli dans des conditions défectueuses. L'Académie a renouvelé le vœu déjà émis par elle. Elle soulignait *qu'il est impossible, sans graves dangers, de restreindre l'attribution de lait condensé aux enfants de moins d'un an, faite après certificat médical.* Elle ajoutait que *tant que la distribution d'un lait pur, propre et sain ne sera pas réalisée, il est désirable que le gouvernement par tous les moyens dont il dispose assure la distribution en quantité suffisante des laits condensés, en poudre ou stérilisés à tous les nourrissons qui peuvent en avoir besoin.*

A une seconde question posée par le ministre sur le nombre des nourrissons à qui, pour des raisons diverses, le lait concentré apparaît comme l'aliment nécessaire, l'Académie répond que cette évaluation est très complexe, ce nombre variant selon les régions et selon les possibilités de procurer aux enfants un lait naturel bien garanti. Une telle enquête longue et difficile, pourrait être confiée aux inspecteurs départementaux de la santé.

Répondant à une troisième question, l'Académie a précisé qu'au cas où les laits concentrés nécessaires feraient défaut, les lait secs, les laits stérilisés et les autres laits industriels sont, en l'absence de lait pur, propre et sain, seuls capables de remédier, chez les enfants de moins d'un an, à l'absence de lait concentré.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juillet 1942

Utilisation clinique des antihistaminiques de synthèse 2339 R P. — MM. Celice, M. Perrault et P. Durel. — Étude de l'importance des médicaments pouvant neutraliser les effets de l'histamine. Le 2339 R P dû à Halper doit être signalé : peu toxique et très actif. En clinique, les auteurs ont utilisé surtout la voie buccale : le médicament étant donné à la fin du repas ou un peu après, surtout si on le prend avec du sucre. Le médicament se présente sous forme de comprimés de 0 gr. 10. La dose de 40 centigr. peut être atteinte : utilisation utile dans la maladie sérique, dans l'urticaire, dans l'asthme. Il s'agit d'un médicament de premier ordre, antihistaminique vrai.

Réticulose érythrodermique avec réticulémie. — MM. Sézary et Bolgert. — Malade de 66 ans, atteinte d'érythrodermie totale peu desquamante, par réticulose avec présence de cellules réticulaires dans le sang (histio-leucémie ou réticulémie) : affection très rare, homologue

Granules CATILLON STROPHANTUS
à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**; dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.

Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine " Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

FERMENTS LACTIQUES

BULGARINE THÉPÉNIER

Bouillon, Comprimés, Gouttes

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)

DIASTASES ET VITAMINES DE CROISSANCE

AMYLODIASTASE THÉPÉNIER

Comprimés et Sirop

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE

VALS SAINT-JEAN

ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre

SUPPOSITOIRES ANUSOL contre les HÉMORROÏDES

Suppositoires ANUSOL

Hémorroïdes, fissures anales, rectites

LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A. - M. Guéroult, Dr en Pharmacie - SURESNES (Seine)

des érythrodermites leucémiques, dans laquelle les organes hématopoïétiques ne participent pas au processus, dont l'origine se trouve dans les proliférations métatypiques des cellules du système réticulo-endothélial.

Sulfamidométhylthiodiazol (2145 R P) et staphylococcies de la face. — MM. Celice, R. Monod et Milliez. — Observation de cette affection guérie après ingestion en vingt jours de 166 gr. de 2145 R P, sans modification de la formule sanguine et avec disparition de l'albuminurie.

Celice et Durel insistent sur les bons résultats obtenus dans les staphylococcies par le sulfothiazol (2090 R P) et récemment également par la sulfothiourée (2255 R P).

Agranulocytose et ictère grave après sulfamidothérapie. — MM. H. Mondon et J.-L. André. — Observation d'une enfant de 13 ans qui, traitée par les sulfamides pour une broncho-pneumonie fit, après absorption de 33 gr. de Dagénan en vingt jours, une agranulocytose très sévère, compliquée d'ictère et d'escharres multiples. Un traitement comprenant des nucléotides (Nucléid Ercé), de l'extrait hépatique (Hépatrol) et de la vitamine C (Laroscorbine) amène la guérison complète.

Diagnostic différentiel exceptionnel de l'ictère : la carotinémie. — MM. H. Mondon et H. Cras. — Cas d'un sujet dont l'alimentation comprenait des végétaux particulièrement colorés (courges, carottes) et qui fut hospitalisé pour ictère ; il n'existait aucun signe d'ictère hémolytique. Le diagnostic fut rapidement éclairé par un dosage du carotène qui existait dans le sang à un taux particulièrement élevé (5 milligr.).

Xanthochromie cutanée par hypercarotinémie. — MM. Lian et Alhomme exposent la fréquence relative de ce syndrome où la coloration jaune orangé des téguments est palmo-plantaire ou généralisée, sans coloration des conjonctives. La cause réside dans le déséquilibre alimentaire actuel, dans une susceptibilité individuelle inconnue, dans une teneur insuffisante de la vitamine A. Syndrome plus fréquent en hiver.

Etude des variations du volume du cœur dans le traitement hormonal de la maladie d'Addison. — MM. Lian, Facquet et Alhomme. — Au début du traitement, le cœur augmente de volume ; plus tard, le volume s'accroît ou décroît parallèlement aux doses prescrites. Dans deux cas, les constatations firent admettre que le cœur est petit dans la maladie d'Addison. Cette étude doit être faite chez tous les malades soumis à la désoxycorticostérone.

Séance du 10 juillet 1942

Etude critique du rôle joué par les protides du sang dans l'œdème de dénutrition. — MM. Gounelle, Marche et Bachet. — A l'étranger, les auteurs expliquent les œdèmes de dénutrition par l'hyposérinémie, dont on peut se demander si elle est la cause de l'œdème ou bien plutôt la conséquence. Des signes cliniques militent en faveur de désordres vasculaires et neuro-végétatifs pouvant être le fait de perturbations endocriniennes, et, à cet égard, la polyurie, l'aménorrhée, la bradycardie, l'hypotension orientent comme hypothèse d'étude vers un dérèglement hypophysaire.

L'hypervitaminose A et l'abaissement du métabolisme de base dans la carotinémie. — M. Durupt. Cas observé avec M. Layani. — L'auteur insiste sur le caractère quasi-expérimental de la carotinémie réalisée par l'ingestion presque exclusive de carottes.

Intoxication par le sélénium. — MM. Duvoir, Davous, Amiot et Truffert. — Cette intoxication a été étudiée dans une usine de redressement du courant électrique. Le signe clinique certain est l'odeur alliacée de l'haleine et de la sueur. L'hépatothérapie eut une action nette sur l'asthénie, la laryngite, l'épistaxis, l'anémie avec neutropénie. Des ouvrières se plaignirent d'asthénie, de laryngite et d'aménorrhée.

Diabète insipide et lipomatose sous-ombilicale. — MM. Decourt et Audry. — Deux observations de lipomatose sous-ombilicale associée à un diabète insipide. Les auteurs signalent la part qui revient aux centres neuro-végétatifs du diencéphale dans la régulation topographique du tissu graisseux.

Action d'un diurétique mercuriel dans un nouveau cas de diabète insipide. — MM. Decourt et Bastin. — L'injection d'un diurétique mercuriel réduit globalement la polyurie au cours du diabète insipide. Mais s'il agit ainsi, c'est en diminuant la soif, ce qui résulte des modifications apportées à l'équilibre hydrochloruré des tissus.

Kyste épidermoïde du crâne. — MM. May, Debray, Mlles Gauthier-Villars et Gujon. — Observation d'un kyste épidermoïde du crâne avec opthalmie et vaste lacune crânienne, simulant une maladie de Schüller-Christian. L'âge avancé des malades, l'ophtalmie unilatérale, l'absence de diabète insipide sont les éléments du diagnostic.

Méningite à pneumocoques guérie par les sulfamides. — MM. Mondor, André et Blein. — Homme de 25 ans, présente un syndrome méningé que l'examen du liquide céphalo-rachidien révèle d'origine pneumococcique. Le traitement sulfamidé amène la guérison (62 gr. de Dagénan et 55 gr. de Septoplix *per os*).

Images radiologiques des cancers du poumon. Leurs rapports avec les examens histologiques. — M. Nicaud. — Les images radiologiques en pareil cas présentent des difficultés d'interprétation. Dans deux observations ce furent deux néoplasmes à petites cellules considérées comme des épithélio-sarcomes-néoplasmes. Dans une autre, il s'est agi d'un réticulo-endothélio-sarcome de la plèvre. Dans ces cas, tumeur examinée histologiquement.

Œdèmes par carence ou déséquilibre alimentaire. — MM. Nicaud, Rouault et Fuch.. — Symptômes constants chez six malades ; signes prémonitoires : amaigrissement, asthénie, crises diarrhéiques avec augmentation de l'appétit. Apparition des œdèmes passagers puis permanents, blancs, mous et indolents. Chez tous les malades : bradycardie, hypotension, hypothermie, augmentation de l'appétit et de la soif, polyurie, amaigrissement, asthénie, anémie. Disparition des œdèmes par le repos. A l'examen humoral : augmentation de l'azote résiduel et de l'azote non protidique.

Epithélioma malpighien du poumon. — MM. Nicaud et Sicard. — Epithélioma malpighien décelé par un dépistage radiologique. Sous forme d'une image sphérique au sommet et à la région sous-claviculaire gauches. Après quelques mois sans symptômes apparurent des douleurs qui appelèrent une intervention ; on put découvrir un néoplasme. Mort 25 jours plus tard. On trouva une tumeur dure, constituée par des bourgeons multiples du type malpighien engainés par un stroma assez épais.

Le mégaœsophage et les mégaœsophages fonctionnels. — MM. Hillemand, Chérigié, Faulong, Audeli et Berthet. — Les auteurs rapprochent la pathogénie du mégaœsophage de celle du mégacôlon. Il y aurait trois groupes des mégaœsophages : le M. congénital, le M. secondaire, le M. œsophage fonctionnel. Le M. fonctionnel serait dû à une excitation sympathique déterminant un cardiospasme et une diminution du tonus de la musculature œsophagienne, d'où distension. Ils rapportent deux observations de cette pathogénie.

Un cas de mégacôlon chez un toxicomane disparaissant après désintoxication. Classification des mégacôlons. — MM. Hillemand, Durand et Nalpas. — Observation d'un malade porteur d'un mégacôlon qui disparut au décours d'une désintoxication devant précéder une intervention. Le toxique (déhydroxycodéinone) aurait agi par inhibition du parasympathique en entraînant une contracture des fibres du sphincter anal. Ils opposent les mégacôlons fonctionnels aux M. secondaires à une bride, à une sténose, à un volvulus incomplet.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 13 juin 1942

Absence de vibrations auriculaires dans la constitution du premier bruit du cœur. — M. C. Lian arrive à cette conclusion, contraire à celle des auteurs argentins, grâce à un appareillage très sensible aux vibrations sonores mais insensible aux vibrations infra-sonores de la paroi.

PRENEZ PLUTOT
un comprimé de
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
CORYDRANE
ACÉTYL - SALICYLATE DE NORÉPHEDRANE
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)
l'aspirine qui remonte

Action du 933 F. sur le choc anaphylactique et le choc histaminique chez le lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, D. Bovet, G. Mauric et Mme A. Holtzer montrent que le 933 F. protège d'ordinaire le lapin contre le choc anaphylactique et contre le choc histaminique.

Actions localisées aux centres médullaires et leur retentissement périphérique sur le nerf dans le domaine splanchnique. — M. et Mme A. Chauchard et M. P. Chauchard montrent que si les effets locaux sur les fibres nerveuses ne se manifestent qu'au point intoxiqué, les influences qui s'exerçent au niveau des centres cellulaires provoquent une modification de chronaxie étendue à l'ensemble du neurone.

Action de l'yohimbine et du 993 F. sur les effets vasculaires de la nicotine chez le chien surrénalectomisé. — MM. R. Hazard et Cheymol insistent sur les effets différents de divers sympatholytiques sur l'hypertension nicotinique et sur l'hypertension adrénalinique.

La protidémie au cours de 61 cas d'œdèmes de dénutrition. — MM. H. Gounelle, M. Bachet et J. Marche n'ont vu aucun rapport évident entre les globulines et l'œdème : c'est l'hyposérinémie, généralement d'autant plus marquée que l'œdème est plus important, qui est responsable de la chute habituelle des protides totaux, alors que le rapport S/G est très variable (0,3 à 3). Mais la sérinémie est normale dans 10 % des cas, ce qui ne permet pas d'expliquer l'œdème par une réduction de tension osmotique due à l'hyposérinémie.

La formule protidique de la phase anté-œdémateuse dans huit cas d'œdème de dénutrition et sa modification après l'installation de l'œdème. — MM. H. Gounelle, J. Marche et M. Bachet soulignent que, dans ces cas, l'hyposérinémie qui a fidèlement accompagné l'œdème, n'a pas précédé son apparition, ce qui cadre mal avec la thèse de l'hyposérinémie cause directe de l'œdème de dénutrition. Seule, une hypoglobulinémie pouvait déterminer une hypoprotidémie à la phase anté-œdémateuse.

Intersexualité provoquée par la prégnéninolone au cours de la grossesse. — MM. R. Courrier et A. Jost, signalant que la prégnéninolone est plus masculinisante et moins progestative que la progestérone, attirent l'attention sur les inconvénients possibles de l'emploi de cette hormone dans les menaces d'avortement chez la femme.

Comportement des virus herpétiques et poliomyélitiques à l'égard des radiations ultra-violettes en milieu fluorescent. — M. C. Levaditi attribue la sensibilité extrême du virus herpétique et la résistance marquée du virus poliomyélitique vis-à-vis du rayonnement ultra-violet en milieu fluorescent à des différences de taille entre ces deux ultravirus : la nucléo-protéine-virus la plus volumineuse (herpès) est la plus vulnérable.

Recherches sur le chimiotactisme leucocytaire. Sur la dissociation possible des potentialités toxique et chimiotactique des antigènes glucidolipidiques. — MM. A. Delaunay et Y. Lehoult considèrent que, seule, leur toxicité empêche les fortes doses de la plupart des antigènes glucidolipidiques d'être chimiotactiques : l'antigène du bacille pyocyanique, peu toxique, provoque un très fort appel leucocytaire.

Séance du 27 juin 1942

Vaccination antipoliomyélitique. — M. C. Levaditi étudie la durée de l'immunité créée chez la souris par injections intra-péritonéales répétées de virus vivant ; le pouvoir vaccinant de l'ultragerme vivant est supérieur à celui du virus chauffé à 50°.

Sur la recharge du foie de cobaye en glycogène sous l'influence de l'insuline. — MM. F. Rathery, J. Turiaf et P.-M. de Traverse signalent que l'insuline agit d'abord sur les espèces lacunaires périphériques avant d'activer la mise en réserve du glucose.

L'action nerveuse de la folliculine. — Mme A. Chauchard et M. et Mme P. Chauchard montrent que la folliculine excite la moelle et inhibe le cerveau, et peut, à doses élevées, provoquer chez l'animal un sommeil profond.

Stabilité de la prothrombine dans le sang conservé. — M. G.-H. Lavergne et Mme Bl. Lavergne-Poindessault admettent cette stabilité, l'altération du fibrinogène faussant par ailleurs la technique de Quick originale.

Réaction paradoxale de l'électroencéphalogramme à l'illumination. — MM. Ivan Bertrand, J. Godet et J. Grumer ont rencontré cette réaction au cours d'une ophtalmoplégie nucléaire progressive.

Caractères de l'électroencéphalogramme de la pseudo-sclérose de Westphal. — MM. Ivan Bertrand, R. Lacape et J. Godet trouvent que cet E. E. G. donne l'impression d'une activité végétative réduite.

Constantes physiques moyennes des corpuscules normaux. — MM. D. Lépine, J.-C. Levaditi et J. Giantini ont cherché à apprécier ces constantes par ultracentrifugation d'éléments semblables aux corps élémentaires isolés par centrifugation différentielle à partir de membranes allantoïdes normales.

Caractères de l'autolyse des cultures de bacilles tuberculeux humains, bovins et aviaires. — M. R. Laporte montre les variations de cette autolyse, qui est due à des ferments cellulaires, suivant le type, la souche et les conditions nutritives.

Syphilis inapparente de la souris et granules spirochétogènes. — MM. C. Levaditi et H. Noury n'ont pas pu retrouver dans ce cas de granules spirochétogènes.

Transfert d'une souche de staphylocoques non pathogènes dans le groupe des pathogènes. Acquisition des propriétés fermentaires et antigéniques caractéristiques de ce groupe. — MM. R. Kourilsky, P. Mercier, M. Monin et P. de Fonbrune.

Election. — M. C. Lian est élu membre titulaire.

Séance du 11 juillet 1942

Existence chez le cheval d'anticorps d'origine naturelle possédant des propriétés anti-infectieuses à l'égard du virus de la vaccine. — MM. G. Ramon, H. Bénard, P. Boquet et R. Richou ont constaté la présence de ces anticorps en quantité relativement importante dans le sérum de certains chevaux.

La lyse tréponémique au cours du traitement par le novarsénobenzène. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman insistent sur la persistance de tréponèmes en grand nombre dans le chancre, jusqu'au sixième jour, décelables sur les coupes, mais non à l'ultra ou sur les frottis ; la lyse médicamenteuse s'effectue à partir du dixième jour, précédée par l'apparition de formes involutives, en partic incluses dans les macrophages.

Action anti-chimiothérapique de l'acide p-aminobenzoïque à l'égard des azoïques sulfamidés dans la lymphogranulomatose expérimentale de la souris. — MM. C. Levaditi et R. Pérault ont retrouvé cette action chez des souris infectées par voie transcranienne avec le virus lymphogranulomateux.

Action du 1262 F sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, D. Bovet, G. Mauric et Mme A. Holtzer concluent à un pouvoir protecteur, mais de durée variable.

Le chlorhydrate de para-aminobenzoyl-diéthylaminoéthasol (novocaïne) inhibiteur des actions parasympathomimétiques et sympathomimétiques de la nicotine sur le cœur, la pression et l'intestin. — M. R. Hazard a vu les doses élevées de novocaïne supprimer successivement ces actions parasympathomimétiques et sympathomimétiques.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 16 juin 1942

Sur un cas de tumeur bénigne du médiastin (neurinome). — M. Grenet rappelle un cas qu'il a publié en 1929 : la tumeur, découverte en 1923, ne s'était pas modifiée depuis cette date et n'a pas augmenté de volume dans la suite. Devant l'absence complète de troubles fonctionnels, il conclut à l'abstention thérapeutique.

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE CARDIO-VASCULAIRE
LABORATOIRES DEGLAUDE, 15, boulevard Pasteur - PARIS-XVe

S. THIERY Phien
19, Rue Franklin
PARIS XVIe
BINOXOL Antiseptique gastro intestinal
CHLORALOSANE Hypnotique
DITHIORAL Antirhumatismal
SUNALCOL Antiseptique cutané
SUNOXIDON Fébrifuge Antiinfectieux
SUNOXOL Antiseptique pour usage externe
R.A.L. PRODUITS SPÉCIALISÉS DES Ets KUHLMANN

Un cas de maladie nævique. — MM. Heuyer, Hurez et Mlle Moreau présentent un enfant atteint de nævus pigmentaire et pileux « en caleçon » chez lequel existent par ailleurs plusieurs molluscum et un état mental particulier avec indifférence et troubles du caractère. Ils discutent les rapports de ce cas avec la maladie de Recklinghausen.

Un accident de vaccination antidiphtérique-antitétanique. — MM. Tixier et Vernes ont constaté trois jours après une injection de bi-anatoxine une gangrène du membre inférieur gauche ayant abouti à la mort malgré l'amputation. Il existait d'autre part des lésions de néphrite décelées à l'autopsie.

Hyperthermie pré-éruptive de la rubéole chez le nourrisson. — M. Hallez a observé plusieurs fois chez le nourrisson une fièvre élevée, monosymptomatique, qui a précédé de plusieurs jours l'éruption et les adénopathies de la rubéole.

Forme hépatique de la fièvre typhoïde. — MM. Poinso, Laval et Lassave ont observé un cas de forme hépatique tardive pure de la typhoïde caractérisée au 20e jour de l'évolution par une chute de température, des vomissements sanglants, du purpura, de l'albuminurie et un subictère. Evolution rapidement mortelle.

Endocardite et manifestation pulmonaire d'origine rhumatismale. — MM. Poinso, Monges et Lassave ont constaté chez une enfant de 2 ans et demi une congestion pulmonaire et une insuffisance mitrale en même temps que quelques arthralgies. Le traitement salicylé fit disparaître les symptômes à l'exception de l'endocardite. La nature rhumatismale fut prouvée par l'apparition deux mois plus tard d'une crise typique de R. A. A. Ils insistent sur la rareté du rhumatisme cardiaque primitif chez l'enfant.

Généalogie d'une famille de luxés de la hanche. — M. Roederer en suivant 46 membres de cette famille sur 5 générations a vu 12 luxés de la hanche dont 9 femmes. Un rameau paraît plus particulièrement frappé. Il insiste sur la complication en pareil cas des règles génétiques.

Paralysie ascendante mortelle due à un virus différent de celui de la poliomyélite. — MM. Seringe, Gerbaux et Mande apportent l'observation d'un enfant de 8 ans qui, après un début infectieux, présente une quadriplégie douloureuse avec troubles respiratoires intenses nécessitant l'installation d'urgence de l'enfant dans un poumon d'acier. Mort au bout de 3 mois par complication pulmonaire. Pendant tout ce temps, aucune régression des symptômes ni apparition d'atrophie.

L'inoculation au singe du virus recueilli par une technique sûre permit de confirmer qu'il ne s'agissait pas de poliomyélite.

Deux cas de péritonite à pneumocoques traités par la sulfapyridine. — MM. Fleury et Dessaint.

Trois cas d'intoxication par le salicylate de soude. — M. Fleury a diagnostiqué ces trois cas, pris à tort pour une insuffisance cardiaque, par la constatation du signe de Küssmaul et les signes minimes d'acidocétose. Il insiste sur la nécessité de donner systématiquement du bicarbonate de soude au cours de tout traitement salicylé.

Vacances. — La prochaine séance aura lieu le 3e lundi d'octobre.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 17 février 1942

Un cas de dents de sagesse supérieures incluses bilatérales avec dents surnuméraires également incluses. — MM. Baldenweck et Raimbault.

Syphilome du maxillaire supérieur simulant un volumineux kyste paradentaire chez un enfant de 12 ans. — MM. Lebourc, Gencel, Fontanel.

Ostéite fibreuse du maxillaire inférieur. — M. J. Morisot (présentation de M. Lebourg).

Séance du 17 mars 1942

A propos de deux cas d'épithélioma de la bouche (maxillaire inférieur et joue). Considérations sur le traitement. — M. Pierre, Charles Mouloncuet.

Première dentition précoce (deuxième présentation du nourrisson). — M. Raynal.

Ostéite du malaire. — M. Lacronique et Mme Chaput.

Ostéomyélite mandibulaire. — M. Lacronique et Mme Chaput.

Lithiase du canal de Stenon. — MM. Lacronique et Malingre.

Lithiase parotidienne soupçonnée par la sialographie. — MM. Richard et Cernéa.

Kyste naso-palatin. — M. Lacronique.

Présentation d'un bridge complet en acier. — M. Chateau.

Epithélioma de la voûte palatine en cours de traitement. — M. Cernéa.

Luxation temporo-maxillaire irréductible traitée par la méthode de traction élastique (procédé de Marcel Darcissac). — M. Thibault.

Aspergillose cervicale d'origine dentaire. — M. Thibault.

Traitement des dents cariées par l'ozone. — M. Lacronique, Mme Chaput, M. Malingre.

Démonstration de la technique de l'ozone. — M. Malingre.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 juin 1942

Infantilisme utérin et fibrome bilatéral des ligaments larges. — M. Burty, au nom de M. Bonamy, rapporte le cas d'une malade de 45 ans atteinte de cette affection et traitée par hystérectomie.

Cathétérisme uretéral unilatéral donnant une pyélographie bilatérale par reflus de vessie intolérante. — M. Burty présente, au nom de M. Bonamy, ce cas observé chez une jeune fille de 20 ans atteinte de tuberculose rénale droite. C'est dans l'uretère gauche, alors que le cathéter était dans le droit, que se produisait le reflux.

Un cas de thrombophlébite dite « par effort » du membre supérieur. — M. P. Le Gac présente un malade chez lequel l'origine infectieuse de la thrombose était certaine. Il s'est contenté du traitement médical. Il se pose la question de savoir si vraiment les manœuvres chirurgicales, infiltration ou résection stellaire, résection de la veine sont indiquées. Obtient-on alors une guérison plus rapide et plus complète ? L'auteur est partisan de réserver ce dernier traitement aux cas où la résorption de l'œdème est particulièrement longue.

Un cas de suppuration parotidienne au cours d'une poussée d'oreillons. — M. Bovier rapporte un cas de cette affection qui, malgré sa rareté et malgré les notions classiques, semble lui donner toutes les garanties d'authenticité désirable.

A propos de quelques cas de diverticules de Meckel. — M. Masmonteil rappelle, à propos de trois cas, l'importance du syndrome jumelé de troubles digestifs et d'hémorragies rectales de sang rouge et souligne la parenté clinique des lésions de cet organe avec celles de l'estomac.

Diverticulite sigmoïdienne. — M. Masmonteil présente la pièce opératoire d'un sigmoïde enlevé sur une longueur de quarante centimètres et montrant de multiples lésions caractéristiques de cette affection.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 88)

Cette RIGUEUR de préparation que vous appréciez dans
l'ENDOPANCRINE
INSULINE FRANÇAISE
vous la retrouverez dans
l'HOLOSPLÉNINE et dans **l'ENDOTHYMUSINE**
EXTRAIT DE RATE INJECTABLE — EXTRAIT DE THYMUS INJECTABLE
Laboratoire de l'ENDOPANCRINE, 48, rue de la Procession - Paris-XVe

OPTALIDON
LE SÉDATIF DE CHOIX DE LA DOULEUR
2 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (17e) - B. Joyeux, Docteur en Pharmacie

SED'HORMONE

Reconstitution des Hormones bromées neuro-sédatives
— — par le DI-BROMO-CHOLESTÉROL — —

HYPER - EXCITABILITÉ NERVEUSE
ANXIÉTÉ - INSOMNIE
GRANDS SYNDROMES D'EXCITATION
MANIFESTATIONS CONVULSIVES
MAL ÉPILEPTIQUE ET SES ÉQUIVALENTS

DRAGÉES - SUPPOSITOIRES - SIROP

Laboratoires AMIDO
4, Place des Vosges - PARIS (IVe)
Zone libre : Laboratoires Amido - RIOM (P.-de-D.)

TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVIe



Un aliment " prédigéré "

La farine SALVY, composée principalement de lait pur de Normandie, de farine de froment et de sucre, subit en cours de préparation une **action diastasique effective** et rigoureusement contrôlée. Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en maltose et dextrines. C'est **l'aliment parfait des enfants avant, pendant et après le sevrage.**

Préparé par BANANIA

FARINE* LACTÉE DIASTASÉE
SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets

PLAIES ATONES
ULCÈRES
BRULURES
ECZÉMAS

FLÉTAGEX

POMMADE AUX VITAMINES

Calme
Désinfecte
Cicatrise

LABORATOIRE SUJAL - CHATEAUROUX (INDRE)
J. LAFARGE
Dr en Pharmacie

LA 9ME ÉDITION
DU
FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**

Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00





MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

VEINOTROPE

MÉDICATION SYNERGIQUE A BASE D'EXTRAITS OPOTHÉRAPIQUES

3 FORMES

COMPRIMÉS M. F. et POUDRE

Laboratoires LOBICA, 25, rue Jasmin - PARIS (16e)

N° 29. — 1er SEPTEMBRE 1942 — 115e ANNÉE — Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-84

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service Gazette des Hôpitaux)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A 12 PLACES D'ASSISTANTS EN CHIRURGIE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le lundi 5 octobre 1942, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage). Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite. MM. les Drs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du service de santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de quatorze heures à dix-sept heures, depuis le mercredi 9 septembre jusqu'au vendredi 18 septembre 1942 inclusivement.

Les candidats doivent être français et satisfaire aux conditions habituelles, notamment l'inscription à l'Ordre des Médecins. Le concours est ouvert aux anciens internes des hôpitaux d'une ville de faculté, ayant effectivement rempli les fonctions d'interne en chirurgie pendant trois ans au moins et pourvus depuis cinq ans révolus du diplôme de docteur. Pour les internes de Paris les quatre ans d'internat ou de clinicat entrent en compte. Limite d'âge : 36 ans, portée à 38 ans pour le présent concours.

Les assistants en chirurgie ayant un an au moins de fonctions sont seuls admis à concourir pour les places de chirurgien des hôpitaux. Ce délai d'un an ne sera pas opposable aux candidats nommés à la suite du présent concours.

Hôpitaux psychiatriques de la Seine. — CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT D'INTERNES EN MÉDECINE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE DU SERVICE LIBRE DE PROPHYLAXIE MENTALE ET L'INFIRMERIE SPÉCIALE DES ALIÉNÉS A LA PRÉFECTURE DE POLICE ET LA DÉSIGNATION D'INTERNES PROVISOIRES. — Ce concours s'ouvrira, à Paris, le 15 octobre 1942.

Le nombre des places mises au concours sera porté à la connaissance des candidats à l'ouverture du concours.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service des Etablissements départementaux d'Assistance, 1er Bureau, Administration des Etablissements, Annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 233), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 17 août au 12 septembre 1942 inclus.

Les candidats seront convoqués par lettre.

Hôpitaux de Châteaubriant, Chinon, Cholet et Saint-Nazaire. — Le concours ouvert devant l'Assistance Publique, à Paris, pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Châteaubriant, Chinon, Cholet et Saint-Nazaire s'est terminé par la nomination de : MM. Guichard (93 p.), Châteaubriant ; Avril (93 p.), Saint-Nazaire ; Gentin (90 p.), Saint-Nazaire ; et Billard (73 p.), Chinon.

Hôpitaux de Guingamp et Lannion. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE GUINGAMP ET LANNION. — Un concours sera ouvert le lundi 28 septembre 1942, à 9 heures, dans la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (2e étage), Paris (4e), pour la nomination à deux postes de chirurgien des hôpitaux de la région de Bretagne, savoir :

Un poste de chirurgien de l'hôpital de Guingamp ;

Un poste de chirurgien de l'hôpital de Lannion.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir devront se faire inscrire du mardi 1er au mardi 15 septembre 1942 inclusivement, de 10 heures à midi et de 15 heures à 17 heures (dimanches et fêtes exceptés), en déposant leurs pièces à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 8, rue du Docteur-Regnault, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

Les candidats absents ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

Les candidats sont invités à écrire à MM. les Présidents des Commissions administratives des Hôpitaux pour obtenir toutes précisions concernant les obligations imposées ainsi que les avantages accordés aux chirurgiens nommés.

Hôpital d'Orléans. — Un concours pour trois places de médecin adjoint à l'hôpital d'Orléans aura lieu à l'Ecole de Médecine de Tours, le mardi 10 novembre 1942, à 8 heures 30.

— Un concours pour une place de chirurgien adjoint à l'hôpital d'Orléans aura lieu à l'Ecole de Médecine de Tours, le mardi 3 novembre 1942, à 8 heures 30.

Pour tous renseignements sur ces deux concours, s'adresser à M. le Directeur général des hôpitaux d'Orléans.

Bureau de bienfaisance de Rouen. — CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DE CINQ MÉDECINS DE DISPENSAIRE (service de l'Assistance médicale gratuite). — Ce concours s'ouvrira le 21 janvier 1943, au siège de l'Administration, 2, rue de Germont, à Rouen (épreuves sur titres, composition écrite sur un sujet de médecine sociale, composition écrite sur un sujet de médecine et de chirurgie générale, avec rédaction d'une ordonnance). Traitement annuel : 12.000 francs plus indemnité de déplacement.

Inscription avant le 26 décembre 1942, dernière limite, au Bureau de Bienfaisance, 2, rue de Germont, à Rouen, où l'on peut prendre tous renseignements complémentaires.

Institution nationale des Sourds-Muets de Paris. — Un arrêté fixe les tarifs des soins donnés à la clinique aux malades payants : consultations, 12 francs ; opérations diverses, 50 francs ; diathermie, 35 francs.

(*J. O.*, 4 août 1942.)

Préfecture de Police. — Un concours sur titres pour l'admission à des emplois de médecin suppléant au Service médical de nuit aura lieu à la Préfecture de Police à une date qui sera fixée ultérieurement.

Le registre d'inscription est ouvert dès à présent à la Préfecture de Police (Sous-Direction du Personnel) où tous renseignements seront fournis aux candidats. Il sera définitivement clos le 7 septembre 1942.

Préfecture du Calvados. — CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT D'UN MÉDECIN INSPECTEUR SCOLAIRE DU DÉPARTEMENT DU CALVADOS. — Ce concours s'ouvrira en octobre, les épreuves porteront sur la médecine scolaire et sur le contrôle médico-sportif. Il est ouvert aux docteurs en médecine âgés de 40 ans au plus. Traitement de 38 à 47.000 francs.

CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT D'UN MÉDECIN PHTISIOLOGUE DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX DE L'OFFICE PUBLIC D'HYGIÈNE SOCIALE DU CALVADOS. — Concours sur titres et épreuves, ouvert aux docteurs en médecine âgés de 40 ans au plus. Traitement de 43 à 55.000 francs.

BOLDOLAXINE

A BASE DE FEUILLES FRAICHES DE BOLDO

1 A 2 COMPRIMÉS AVANT LE REPAS DU SOIR

LABORATOIRE ÉMILE CHARPENTIER
7, rue du Bois-de-Boulogne - Paris (16e)

Concours pour le recrutement d'un ingénieur ou pharmacien chimiste au laboratoire départemental de bactériologie et d'hygiène du Calvados. — Traitement 22.000 à 33.000 francs.

Pour ces trois concours s'inscrire *avant* le 31 octobre 1942 à l'Inspection de la Santé du Calvados, 9, rue Saint-Laurent, à Caen, qui fournira tous renseignements complémentaires.

Faculté de Médecine de Paris. — Par arrêté en date du 27 juillet 1942, M. Quénu, professeur titulaire de la chaire de pathologie chirurgicale de la faculté de médecine de l'Université de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1942, dans la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin de cette même faculté (dernier titulaire, M. Lenormant).

Par arrêté en date du 15 juillet 1942, M. Mondor, professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de la faculté de médecine de l'Université de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1942, dans la chaire de clinique chirurgicale de la Salpêtrière de cette même faculté (dernier titulaire, M. Gosset).

Par arrêté en date du 15 juillet 1942, M. Broeq, professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital de Vaugirard de la faculté de médecine de l'Université de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1942, dans la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de cette même faculté.

Faculté de Médecine de Lille. — Par arrêté en date du 13 juin 1942, M. Coutelen, agrégé pérennisé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, a été nommé, à compter du 1er mars 1942, professeur sans chaire à cette faculté. (*J. O.*, 18 août 1942.)

Faculté libre de Médecine de Lille. — Concours d'agrégation. — Le concours déjà annoncé pour une place d'agrégé de médecine à la Faculté libre aura lieu du 21 au 25 septembre 1942. Le registre d'inscriptions sera clos le 31 août 1942.

Des concours pour des places d'agrégés d'histologie, de physiologie, d'ophtalmologie auront lieu en 1943, vers les mois de juillet et d'octobre. Les candidats sont invités à s'inscrire dès maintenant au Secrétariat de la Faculté, 1, rue François-Baës. Il est rappelé qu'ils doivent, au préalable, obtenir l'agrément de Monseigneur le Recteur.

Légion d'honneur. — Marine. — *Chevalier :* M. le médecin de 2e classe Perrel.

Guerre. — *Chevalier :* Médecin lieutenant Lapierre, du 1er Régiment de Dragons portés, Croix de guerre avec palme.

Médaille militaire. — Médecins auxiliaires Biache, du groupe sanitaire divisionnaire 58, et Seydon Tall, hôpital militaire de Dakar, Croix de guerre avec palme.

Médaille militaire à titre posthume. — Médecin auxiliaire Dutilleul, du 1er régiment de Dragons portés, tué à son poste le 14 mai 1940, a été cité.

Médaille d'honneur pour actes de courage et de dévouement. — *Médaille de bronze.* — MM. les Drs Bouchaud et Fardet, à Boulogne-sur-Seine. (*J. O.*, 16 août 1942.)

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille de vermeil.* — M. le Dr Remilly, médecin chef de service à l'hôpital civil de Versailles, pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions. (*J. O.*, 18 août 1942.)

Médaille d'argent. — M. Lefebvre des Nouettes (Richard-André), médecin de 2e classe, médecin chef de la place et de l'assistance indigène à El Oued (19e région).

Médaille de bronze. — M. Coudray, médecin auxiliaire au 3e R. T. A. (19e région).

M. Munaret, médecin de 1re classe au 3e R. T. A. (19e région).

M. Prunet, médecin lieutenant de réserve, 425e R. pionniers (18e région).

MM. les médecins capitaines Couadeau, à Mecheria, et Rouchette, à Colomb-Béchar.

MM. les médecins lieutenants Bouche, à Timimoun, et Le Gaonach, à Colomb-Béchar.

M. le Dr Party, à Médéa. (*J. O.*, 7 août 1942.)

Cabinet du Chef de l'Etat. — M. le Dr Bernard Ménétrel, ancien interne des hôpitaux de Paris (1930), a été nommé, par décret du 17 août 1942, chef du Secrétariat particulier du Chef de l'Etat.

Loi sur la sauvegarde de la santé publique. — Une loi, n° 730, du 27 juillet 1942, attribue au Secrétaire d'Etat à la Santé la sauvegarde de la santé des populations sur le territoire métropolitain. Il est habilité à ce titre à édicter toutes mesures techniques qui s'imposent. Il est chargé d'en contrôler l'exécution. Il rend compte de ses actes au Chef du Gouvernement et en partage avec ce dernier la responsabilité devant le Chef de l'Etat.

A cette fin les services médicaux des divers Secrétariats d'Etat et tous les organismes publics ou privés n'ayant pour but la préservation de la santé publique sont placés sous le contrôle technique du Secrétaire d'Etat à la Santé qui leur donne toutes les instructions que peuvent imposer les circonstances.

La présente loi ne vise pas les services de Santé de la Guerre, de la Marine et des Colonies qui doivent toutefois établir une liaison permanente avec le Secrétariat d'Etat à la Santé et concourir, à la demande de celui-ci, à l'exécution des mesures générales de préservation.

Ordre des médecins en Algérie. — Un décret en date du 28 juillet 1942 est relatif à l'Ordre des Médecins en Algérie, et au remplacement du Conseil supérieur et des Conseils départementaux par des Conseils élus. (*J. O.*, 4 août 1942.)

Santé publique. — Concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la Santé. — Un concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la Santé sera ouvert au Secrétariat d'Etat à la Santé le 9 novembre 1942. Les épreuves écrites auront lieu à Paris et, éventuellement, dans un centre de la zone non occupée qui sera indiqué par la suite. Les épreuves orales auront lieu à Paris.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à quarante-cinq.

Les inscriptions seront closes le 20 octobre 1942.

Le concours est ouvert aux candidats des deux sexes titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et du diplôme d'hygiène.

Commission instituée pour l'étude des réformes de structure. — M. Eugène Marquis, directeur de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, a été nommé membre de la commission instituée auprès du Ministère de l'Education nationale et du Secrétariat d'Etat à la Santé pour l'étude des réformes de structure qui pourraient être apportées éventuellement à l'enseignement médical.

Inspection de la Santé. — M. le Dr Minon, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Loire-Inférieure, non installé, est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé de Seine-et-Marne.

M. le Dr Bellec est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé intérimaire de la Savoie, au maximum pour la durée des hostilités.

M. le Dr Dupuy, médecin inspecteur adjoint de la Santé d'Eure-et-Loir, non installé, a été mis en disponibilité sur sa demande à compter du 1er juillet 1942.

Mlle le Dr Hubert, a été nommée pour la durée des hostilités, médecin inspecteur adjoint de la Santé intérimaire de la Savoie.

Sanatoriums publics. — Mme le Dr Clermont, médecin adjoint du sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir), a été nommée médecin adjoint du sanatorium de Saint-Sever (Calvados).

M. le Dr Schouller, chargé des fonctions de médecin directeur du sanatorium de Châteauneuf-la-Forêt, a été nommé médecin directeur du sanatorium d'Hellaut.

M. le Dr Lasserre, médecin adjoint de sanas publics, a été mis en disponibilité, sur sa demande, pour une période de trois ans à compter du 10 mai 1942.

L'arrêté du 23 juin 1942 affectant M. le Dr Gerard, médecin adjoint au sana de Trestel, au sana de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre, est rapporté.

M. le Dr Marnet, médecin adjoint au sana départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), a été mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 1er août 1942, pour une période de cinq ans.

M. le Dr Arribehaute, médecin directeur du sana de Lac-ou-Villers (Doubs), a été nommé médecin directeur du sana de la Guiche (Saône-et-Loire).

M. le Dr Corre, médecin adjoint du sana du Cluzeau (Haute-Vienne), a été nommé médecin directeur du sana de Saint-Gobain (Aisne).

M. le Dr Depoire, médecin directeur du sana de Bellegarde, à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne), a été nommé médecin directeur du sana de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (pavillon de la Forêt). (*J. O.*, 9 août 1942.)

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Mans, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Braqueville, est affecté, sur sa demande, en qualité de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, en remplacement de M. le Dr Baudard, décédé.

M. le Dr Stoer, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, est affecté, sur sa demande, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Ravenel.

M. le Dr Bastie, médecin chef du service du quartier d'aliénés de l'hospice de Montauban, est affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Braqueville.

M. le Dr Gardien, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence, est affecté, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Naugeat.

M. le Dr Tusques, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Blois, est affecté en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence. (*J. O.*, 14 août 1942.)

Education nationale — Un arrêté, en date du 10 août 1942 suspend, pour la période s'étendant du 12 juillet 1942 au 12 juillet 1943, l'application des dispositions prévoyant l'obligation de prendre l'avis des organismes consultatifs et notamment le Conseil Supérieur de l'Instruction publique. (*J. O.*, 18 août 1942.)

Voir la suite des Informations page 353

Naissance

Le Dr et Mme Maurice Renaudeaux, née Nobécourt, ont le plaisir de faire part de la naissance de leur cinquième fille, Christiane, Paris, 22, rue de Madrid.

Renseignements

Méd.-ass. dem. pr clin. neuro-psych. Log., n. nourri. Ecr. 10, r. Ermitage, Montmorency (S.-Ecr. 10, rue Ermitage, Montmorency (S.-et-O).

Offrons, Paris : 1 sécheuse repasseuse de Souza, 1933, 3 m. × 80, aspiration buées. — 3 essoreuses remises à neuf, panier cuivre étamé, 600. — 1 machine à plisser Ezbelent, type Cristal, larg. 1 m. 50, comme neuve. Olivier et Vincent, 44, rue de Lisbonne, Paris ; 51, rue d'Inkermann, Roubaix. 2515

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux

MICROLYSE

Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense

LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-X°

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE





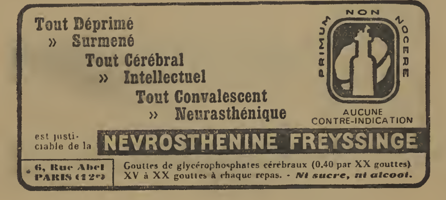
un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

OPOCERES Reconstituant Biologique général 1 à 4 comprimés par jour

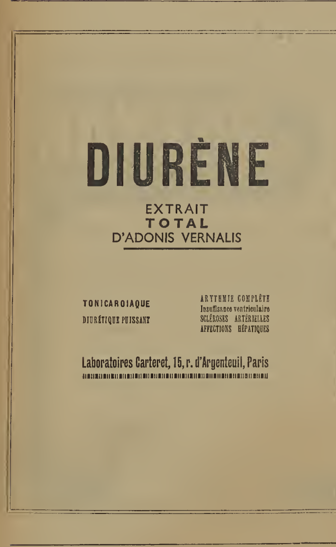
-LABORATOIRES DE L'AEROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS-8e-







FLUXINE
Gouttes et Dragées







VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS
LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL
DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPERIEURE DE L'HUMÉRUS

Par M. Auvray
Membre de l'Académie de Médecine

Sous cette dénomination nous groupons les fractures intéressant la *tête humérale seule* qui sont rares ; *les fractures du col anatomique* observées surtout chez les vieillards ; ces deux variétés sont de véritables fractures intra-capsulaires.

Les fractures du col *chirurgical* qui peuvent être *transversales* et sont souvent alors engrenées, ne s'accompagnant ni de déplacement, ni de crépitation, mais qui plus souvent sont *obliques* avec déplacement des fragments, mobilité anormale, crépitation ; ces fractures sont extra-capsulaires.

Les fractures des *tubérosités* qui intéressent surtout la grosse tubérosité et peuvent exister isolément ou coexister avec une fracture du col anatomique, une fracture du col chirurgical, une luxation de l'épaule. Il est, en effet, des cas où les désordres anatomiques se compliquent d'une luxation de la tête humérale soit que la luxation s'accompagne d'une fracture tubérositaire, soit, ce qui est beaucoup plus grave, que *la tête fracturée ait été luxée vers les parties voisines*, l'aisselle en particulier ; le pronostic de la fracture est, de ce fait, notablement aggravé, étant donné les difficultés de faire réintégrer à la tête sa position normale et les interventions sanglantes auxquelles le chirurgien peut être conduit chez des sujets d'âge déjà avancé.

***

Cliniquement il est de ces fractures qui sont souvent prises dans un premier examen clinique pour des contusions de l'épaule ; c'est la radiographie qui, pratiquée dans les heures suivantes, révèle la véritable nature des lésions. Les blessés qui en sont atteints présentent de l'impotence fonctionnelle, de la douleur, de la tuméfaction de l'épaule, sans attitude vicieuse ; seule une douleur très vive réveillée par les pressions localisées sous l'acromion peut faire soupçonner l'existence de la lésion osseuse, car il n'existe, en pareil cas, ni mobilité anormale, ni crépitation, et les ecchymoses étendues qui succèdent à ces fractures n'apparaissent que tardivement.

Au contraire, dans les fractures plus basses du col chirurgical, lorsque le trait est oblique, la déformation du moignon de l'épaule, la déviation de l'axe du membre, la mobilité anormale, la crépitation viennent se surajouter aux troubles fonctionnels.

Le diagnostic revêt une importance toute particulière et peut être très délicat, surtout chez des sujets gras, observés un certain temps après l'accident, dans les cas où la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus complique une luxation de l'épaule et plus encore dans ceux où la fracture s'accompagne d'une projection de la tête fracturée dans l'aisselle infiltrée d'œdème et de sang. *Dans tous les cas, devant une épaule tuméfiée, extrêmement douloureuse, difficile à explorer, il est indispensable de fixer la nature des lésions en présence desquelles on se trouve par la radiographie.* Ne pas faire dans ces cas difficiles la radiographie constitue une faute grave.

Chez les blessés soumis à notre examen la fracture existait dans les deux tiers des cas chez des hommes et à un âge déjà avancé de la vie. C'est là ce qui assombrit le pronostic de ces fractures, car les sujets âgés conservent souvent de leur fracture une impotence fonctionnelle importante. Une seule fois on était en présence d'un sujet jeune qui avait remarquablement guéri ; dans près du tiers des cas les blessés étaient âgés de 60 à 72 ans, les autres avaient de 40 à 60 ans.

Les *éléments cliniques* qui ont servi de base à notre enquête sur les suites éloignées des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, ont été recueillis chez des accidentés soumis en expertise à notre examen plusieurs semaines ou plusieurs mois après la blessure.

Nous avons constaté la rareté des attitudes vicieuses, des déformations de l'épaule persistantes ; chez quelques sujets seulement l'épaule était tombante ; exceptionnellement, il existait une déformation en épaulette avec attitude du bras en abduction chez un sujet atteint d'une luxation avec fracture de la tête humérale, ayant nécessité la résection de cette tête.

Chez plus de la moitié de nos blessés la tête humérale était restée plus ou moins volumineuse, surtout saillante en avant, irrégulière dans sa forme.

Une douleur plus ou moins vive, quelquefois très marquée, persistait au niveau de l'épaule dans les deux tiers des cas étudiés ; la douleur était surtout réveillée en avant de l'articulation dans le sillon delto-pectoral ; mais chez de nombreux sujets les pressions exercées tout autour de la tête étaient pénibles à supporter, tout le moignon de l'épaule restant douloureux.

Les modifications subies par les mouvements de l'épaule ont ici une importance primordiale. Dans notre statistique *les cas où la restitution des mouvements était complète ou presque complète ont été rares* ; ils représentent *un peu moins du quart des cas*. Un seul blessé avait retrouvé toute l'amplitude et la facilité de ses mouvements, il s'agissait d'un sujet très jeune. Chez les autres le résultat, sans être aussi complet, était néanmoins très satisfaisant ; dans ces cas heureux, c'est l'élévation verticale du bras qui laissait encore à désirer.

Dans *les trois quarts des cas* la raideur des mouvements de l'épaule était *marquée* ou *très marquée*. Voici ce que j'ai constaté dans ces cas où la mobilité était réduite : La *projection du bras en avant* est le mouvement qui m'a paru le moins limité ; elle était exceptionnellement très réduite ou même totalement perdue ; dans les deux tiers des cas elle atteignait l'horizontale ou le voisinage de l'horizontale ;

L'*écartement du bras*, l'abduction, dans plus des deux tiers des cas, perdait de un quart à un tiers de son amplitude ; chez les autres blessés le mouvement était réduit de moitié et même des deux tiers.

La *rotation du bras en arrière* était suffisamment étendue chez un tiers des sujets pour permettre à la main d'atteindre à la hauteur de la ceinture ; chez les autres blessés la main ne pouvait atteindre la ceinture ; mais chez un très petit nombre seulement la rotation en arrière était totalement perdue. En somme, le mouvement de rotation du bras en arrière est celui qui m'a paru le plus atteint avec le mouvement d'*élévation verticale* du bras dont il nous reste à parler. Chez près des deux tiers des fracturés il y avait impossibilité ou grande difficulté à porter la main à la tête ; il leur était impossible de se coiffer ; dans un peu plus du tiers des cas le blessé pouvait placer la main sur ou derrière la tête, sans que toutefois l'élévation verticale pût être atteinte de façon complète.

Je n'ai observé l'*ankylose absolue* de l'épaule que dans un seul cas, celui d'une femme de 66 ans atteinte d'une luxation avec fracture et chez laquelle on avait dû pratiquer la résection de la tête, suivie de complications.

Chez presque tous les blessés les autres articultions du membre supérieur avaient conservé leur fonctionnement normal.

Des signes d'*arthrite chronique* de l'épaule se manifestant par des craquements plus ou moins importants avaient persisté chez près des deux tiers de nos fracturés.

L'*atrophie* du muscle deltoïde et des muscles péri-scapulaires, à un degré plus ou moins prononcé, était fréquente chez nos blessés ; nous l'avons relevée dans la proportion de 16 cas sur 20. Un peu moins fréquente était l'atrophie du segment brachial qui atteignait alors de un à deux centimètres. Assez rarement l'atrophie du membre était masquée par un œdème persistant du bras blessé.

Des *troubles nerveux* caractérisés par des troubles de la *sensibilité* ou de la *motilité* existaient dans près du tiers des cas.

Les troubles *sensitifs* étaient les plus fréquents, se traduisant tantôt par une atténuation de la sensibilité dans le domaine du nerf circonflexe, plus souvent par des phénomènes d'hyperesthésie, parfois localisée à l'épaule, d'autres fois étendue à tout ou partie du membre supérieur, dans le domaine d'un tronc nerveux, plus particulièrement au niveau de la main et des doigts ; le blessé accusait des douleurs locales, des sensations électriques, des élancements, des picotements, des fourmillements.

Chez l'un de nos blessés il y avait eu une *paralysie radiale* passagère qui, traitée par l'électricité, avait guéri complètement. Un autre était atteint d'un *tremblement* assez marqué du membre blessé, alors que du côté sain le membre supérieur n'était le siège d'aucun tremblement, d'aucun trouble nerveux ; chez un troisième il se produisait par instants un état de *contracture*, de crampe des doigts de la main du côté blessé.

***

Incapacités temporaires et permanentes

La durée de l'*incapacité temporaire*, dans les cas où elle nous est connue, a été :

De trois à cinq mois, dans la moitié des cas ;

De six à sept mois, dans un quart des cas.

Les chiffres inférieurs à trois mois et supérieurs à sept mois ont été le petit nombre.

Les incapacités atteignant au chiffre élevé de six à sept mois concernaient des sujets porteurs de blessures multiples ou de fractures luxations accompagnées d'un état anatomique grave, ayant entraîné des interventions chirurgicales importantes telles que la résection de la tête humérale ; dans un cas unique de ce genre l'incapacité temporaire avait, exceptionnellement, duré quatorze mois.

Les *incapacités permanentes* attribuées dans notre statistique ont varié de trois pour cent à cinquante-cinq pour cent. Il n'est pas un blessé qui ait guéri sans présenter d'incapacité permanente. Leur taux a atteint :

De trois à dix pour cent, dans un peu moins du quart des cas ;

De douze à vingt pour cent, dans un peu moins de la moitié des cas ;

De vingt-deux à trente pour cent, dans près du quart des cas ;

Quarante et cinquante-cinq pour cent, exceptionnellement.

Ces grandes invalidités concernaient les sujets auxquels nous avons déjà fait allusion, chez lesquels il y avait à la fois fracture et luxation et qui avaient subi des opérations importantes.

Considérés dans leur ensemble les résultats obtenus dans le traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont *loin d'être satisfaisants*, puisque dans les *deux tiers des cas* les chiffres d'invalidité chez nos blessés étaient égaux ou supérieurs à 18 % et 20 %, malgré que dans notre statistique figure un nombre élevé de sujets (près d'un tiers) examinés en révision et que pour quelques-uns d'entre eux il y ait eu réduction d'un tiers ou même de moitié du chiffre de l'invalidité primitivement fixé.

***

Quelles sont donc les raisons de ces résultats assez médiocres ? Evidemment il est un facteur qui intervient ici de façon défavorable, c'est l'âge avancé des blessés qui les prédispose aux raideurs articulaires. C'est aussi la nature anatomique des lésions, car souvent la fracture intéresse directement l'articulation. C'est encore la gravité des désordres anatomiques dans certains cas : une luxation de l'épaule peut compliquer la fracture entraînant à des manœuvres de réduction parfois délicates ou même, comme chez un de nos blessés, à une reposition sanglante avec ou sans ablation d'un fragment tubérositaire ; ailleurs, la fracture peut s'accompagner d'une projection de la tête fracturée dans l'aisselle nécessitant la résection de la tête humérale ; deux cas de ce genre figurent dans notre statistique. Les résultats thérapeutiques à prévoir en pareil cas chez des sujets âgés sont bien aléatoires et ce sont des cas de ce genre qui grèvent notre statistique des taux les plus élevés d'incapacités permanentes : 40 % et 55 %.

Il y a lieu aussi, pensons-nous, de mettre sur le compte d'une thérapeutique mal dirigée la mauvaise qualité des résultats obtenus. Chez un grand nombre de nos blessés le traitement avait consisté dans l'immobilisation du membre dans une écharpe, suivie plus ou moins rapidement de massages et de mécanothérapie ; chez quelques sujets on avait fait application d'un appareil de Pouliquen ou d'un appareil plâtré.

Cette thérapeutique, dans un assez grand nombre de cas, n'est pas exempte de toute critique; on a trop tendance à immobiliser à la suite du traumatisme *le bras collé contre le corps* dans une écharpe ; assurément dans les cas simples le port de l'écharpe pendant quelques jours peut suffire, complété par un traitement physiothérapique régulièrement suivi, mais dans les formes graves aux désordres anatomiques étendus, la position du bras pendant est passible de reproches très justifiés, que Böhler dans son livre sur les fractures a bien indiqués, et auxquels on peut obvier en plaçant le bras dans la position d'abduction sur l'attelle spéciale d'abduction de Böhler ou sur un appareil du même type tel que le très bon appareil de Pouliquen.

La position d'abduction a l'avantage de favoriser la circulation du sang dans le plan horizontal, tandis que dans la position « bras pendant » la circulation se fait mal et de fait le membre immobilisé dans une écharpe devient le siège d'un œdème souvent très prononcé et persistant de la région du coude. D'autre part, quand le bras est pendant et en rotation interne dans l'écharpe, le muscle sous-scapulaire est raccourci au maximum ; or, ce muscle dans les traumatismes où le squelette est sérieusement atteint, dans ceux où il y a luxation en même temps que fracture, est plus ou moins déchiré, ecchymotique et infiltré de sang et se rétractera très rapidement ; la zone de décollement inférieure en cas de luxation restera déshabitée ; ces rétractions des parties molles situées à la partie inférieure de la jointure auront pour conséquence lointaine de gêner l'écartement du bras. C'est une des raisons pour lesquelles d'emblée le membre doit être placé en position d'abduction. Il en est une autre ; lorsque le bras est pendant contre le corps, les muscles deltoïdes, sus et sous-épineux, le petit rond, sont tendus au maximum et s'atrophient rapidement ; en cas de fracture de la grosse tubérosité, la tension des muscles épineux la maintient écartée de l'humérus, la consolidation s'effectue en mauvaise position et peut entraîner des troubles articulaires. On voit quels avantages présente cette position d'abduction du membre maintenue plus ou moins longtemps après le traumatisme. On lui adjoindra, dans le cas où elle est nécessaire, lorsqu'on sera en présence d'une fracture du col chirurgical, par exemple, s'accompagnant d'un chevauchement des fragments, l'extension continue exercée par un leucoplaste prenant point d'appui d'une part sur l'extrémité inférieure de l'humérus, d'autre part sur l'extrémité de la partie brachiale de l'attelle recourbée en crochet. La mobilisation du coude, de l'avant-bras, du poignet, des doigts sera entreprise, dès le début, tout en maintenant l'attelle en place ; celle de l'épaule sera faite plus tard, passive d'abord, puis active. L'attelle d'abduction ne doit jamais être enlevée trop tôt. C'est grâce à ces précautions sur lesquelles il nous a paru utile d'insister, qu'on pourra améliorer le pronostic assez sombre des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

AVANTAGES DE LA NOVOCAINISATION INTRAVEINEUSE PRÉALABLE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE NOVARSÉNOBENZOL A DOSES MASSIVES D'EMBLÉE

Par MM. E. Vanhaecke, A. Breton et A. Guidoux (de Lille)

L'injection intraveineuse préalable d'un dérivé synthétique de la cocaïne sans adrénaline supprime, avons-nous écrit et montré dans un travail récent (1), les accidents précoces déclenchés par l'introduction seconde du novarsénobenzol.

Etendant la méthode (2), nous avons pensé que nous pourrions ainsi, sans danger, pratiquer le traitement antisyphilitique sans avoir recours aux faibles doses initiales et en ne nous servant que des fortes doses unanimement reconnues comme seules efficaces.

L'historique du traitement arsenical prouve bien d'ailleurs que ces petites doses initiales progressives n'ont été instituées que par prudence, dans l'unique but de tâter la tolérance des malades, et pour tenter d'éviter les accidents que les doses élevées, utilisées dès le début du traitement entraînent très souvent.

Depuis les premières tentatives malheureuses en cette matière d'Ehrlich qu'il est inutile de rappeler plus ici tant elles sont connues, plusieurs essais de retour à un traitement d'attaque intensif ont eu lieu. Tous ces essais sont intéressants. Ils diffèrent les uns des autres de la façon dont ils cherchent à parer aux accidents d'intolérance. L'idée maîtresse qui est à la base d'un grand nombre, est d'utiliser une injection lentement poussée.

Citons les plus connus.

M. Milian a préconisé le procédé à la gaveuse. Pollitzer, en 1920, a publié sa méthode vulgarisée et adaptée depuis à l'arsenal thérapeutique français par M. Chevalier ou trois quatre-vingt-dix sont injectés en trois jours consécutifs, chaque fois en vingt minutes. Chargrin, Leyfer et Hyman, en 1935 en Amérique, se sont servis de doses massives d'arsphénamine introduites à l'aide d'un goutte à goutte intraveineux. C'est ce même goutte à goutte lent qu'a utilisé, en 1937, M. Tzanek pour son « assaut massif d'attaque » double week-end thérapeutique qui comprend la dose totale de 4 gr. 50 en six injections de 0,75 réparties sur dix jours et faites chacune en plus de soixante-quinze minutes.

Différente dans son fond était la méthode de Marcel Pinard. La susceptibilité du syphilitique était appréciée par une faible dose d'essai suivie à très court terme par les doses thérapeutiques de saturation.

A ces méthodes il faut opposer celles qui ajoutent au novarsénobenzol un produit considéré soit comme désensibilisant soit comme antitoxique. Certains auteurs ont proposé de dissoudre le novarsénobenzol dans une solution glucosée (Duhot), dans l'hyposulfite de soude (Ravaut), dans l'éosinate de caesium (Gougerot), sans, toutefois, que l'on puisse considérer ces procédés comme toujours efficaces. Ajoutons, bien étendu, l'ingestion ou l'injection préalable d'adrénaline ou d'éphédrine.

D'autres, comme Rebaudi, de Gênes, extraient les acides aminés du foie et en font une solution considérée comme antitoxique servant de vecteur aux arsénobenzènes. Jean Benech, se basant sur ces travaux, a supprimé ou atténué l'intolérance de ses malades en utilisant comme solvant du novarsénobenzol une solution de glycocolle à 4 %. Il débute grâce à cet artifice par des doses moyennes pour arriver très rapidement aux doses fortes.

Ce bref historique montre que l'intérêt des doses massives d'emblée n'a échappé à personne mais que seule la crainte des accidents immédiats retient de les employer.

Nous basant sur la prévention des accidents du novarsénobenzol réalisée par la novocaïnisation préalable, nous avons traité par des doses fortes d'emblée un certain nombre de syphilis récentes.

La technique que nous employons, consiste à faire précéder l'injection arsenicale à dix minutes d'intervalle d'une injection intraveineuse de 5 à 10 centigr. de novocaïne (solution à 1 % non adrénalinée). L'injection de novocaïne est poussée lentement en une à trois minutes.

La série comprend 5 à 6 injections de 90 à 105 centigr. de novarsénobenzol, soit un total de 5 à 6 gr. selon le poids du malade. Les piqûres sont répétées à quatre ou cinq jours d'intervalle et chaque série est séparée de la suivante par un repos de vingt jours. Le traitement d'attaque comprend un nombre de séries variable selon l'âge de la syphilis et l'état de la sérologie. En règle générale, trois séries sont suffisantes. La bismuthothérapie accompagne et suit le traitement arsenical selon les règles habituelles.

Disons d'abord que nos premiers essais ont été effectués sur des malades intolérants auxquels la novocaïnisation pré-arsenicale avait permis de supporter une ou deux séries de novarsénobenzol aux doses classiques. Ces malades ont ensuite très bien toléré des séries aux doses de 90 à 105 centigr. de novarsénobenzol répétées tous les quatre jours.

Par la suite, nous avons étendu ce traitement à toutes nos prostituées syphilitiques hospitalisées obligatoirement pendant leurs trois premières séries, et même à nos malades de clientèle. Tous ont également bien supporté cette forme nouvelle de traitement dont les avantages individuels et sociaux nous ont paru suffisamment intéressants pour rapporter, dès maintenant, nos premiers résultats.

Nous avons ainsi traité, par doses fortes d'emblée, une soixantaine de malades qui ont reçu au total 700 injections.

Ce total se décompose ainsi :

22 malades ont reçu une série de novarsénobenzol ;
20 malades ont reçu deux séries de novarsénobenzol ;
18 malades ont reçu trois séries de novarsénobenzol.

La méthode que nous employons a supprimé complètement les accidents qui suivent l'injection de novarsénobenzol, bien que celui-ci soit dissous dans une petite quantité d'eau distillée et injecté rapidement.

Malgré le fait que parmi nos malades les intolérants entrent pour une proportion élevée, aucune crise nitritoïde même ébauchée n'a jamais été observée.

Pour beaucoup d'entre eux il est encore trop tôt pour parler des accidents tardifs ; cependant, nous n'avons constaté jusqu'ici ni ictère, ni érythrodermie, ni polynévrite. Les examens de sang n'ont révélé aucune modification appréciable des éléments figurés.

(1) *Soc. Franc. de Derm. et Syph.*, 11 juin 1942, *Paris Médical*, n° 28, 1942.
(2) *Soc. Franc. de Derm. et Syph.*, 9 juillet 1942.

Nous tenons à signaler que nous avons relevé l'apparition de deux érythèmes morbilliformes du neuvième jour, mais si discrets que le rythme des injections n'a pas dû être modifié.

Notre méthode ne s'inspire pas des autres procédés de traitement par doses massives ; elle n'est, en fait, que le traitement habituel dont on aurait supprimé les doses d'essai initiales.

Son activité thérapeutique est considérable ; les lésions primaires et secondaires sont cicatrisées en quelques jours ; les tréponèmes disparaissent des lésions en moins de douze heures ; la sérologie vire en un mois. Il est même des Bordet-Wassermann résistants qui sont négativés.

Elle présente d'autres avantages sociaux qui sont :

Pour les malades obligatoirement hospitalisés : le raccourcissement de la durée du séjour ; pour les malades de ville : la diminution de la période contagieuse et de la durée du traitement.

La suppression des accidents et des malaises qui suivent l'injection en fait un traitement ambulatoire convenant parfaitement aux sujets qui fréquentent le cabinet du médecin.

L'état général de tous nos malades traités a beaucoup bénéficié de l'arsénothérapie. L'augmentation de poids est de règle. Les fortes doses sont réclamées par les malades eux-mêmes, tant en raison de leur bonne tolérance que de la rapidité plus grande du traitement.

Les inconvénients du traitement arsenical sont tellement divers qu'aucune méthode ne peut prétendre à les éviter tous. C'est ainsi que la novocaïnisation intraveineuse pré-arsenicale n'empêche pas la fièvre légère qui suit parfois la première injection ni les érythèmes du neuvième jour. Elle ne peut éviter davantage les accidents toxiques purs que causeraient des doses trop fortes, ou trop rapprochées, ou trop souvent répétées ; ni les accidents imputables à un produit impur ou mal préparé.

Les règles de prudence sont ici de mise, comme au cours de tout traitement arsenical.

La syphilis est une maladie à évolution lente ; les effets d'un traitement spécifique ne peuvent être fixés qu'après une vaste et longue observation. Il faut donc attendre l'épreuve du temps pour apprécier les avantages et l'innocuité de la méthode que nous apportons. Pourtant, dès maintenant, les résultats obtenus nous ont paru suffisamment encourageants pour nous engager à les faire connaître.

(Travail du Service Antivénérien du Dr Vanhaecke, Hospice Général.)

ACTUALITÉS

LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES LENTES

Par M. R. Levent

Parmi les inconvénients inhérents à la voie intraveineuse viennent au premier rang les accidents de choc qui peuvent y faire renoncer. Hyman, Hirschfeld et Wanger ont montré qu'il s'agissait le plus souvent d'un « choc de vitesse » par pénétration trop rapide du médicament dans la circulation ; on l'atténue ou le supprime en ralentissant suffisamment la vitesse d'injection.

Cette méthode présente des avantages notables : elle permet de proportionner la vitesse de pénétration et dans une certaine mesure la vitesse d'absorption de la substance active à la vitesse de son utilisation et de son élimination. Elle permet donc mieux que tout autre procédé d'établir et de maintenir un taux médicamenteux dans les humeurs ou dans le territoire à influencer. D'où une régularité et une durée de l'action médicamenteuse supérieures à ce qu'on obtient autrement. Il peut en résulter et il en résulte, en effet, le plus souvent une activité plus grande à dose égale, une activité égale à dose inférieure, parfois aussi une meilleure tolérance d'une dose plus élevée ; on voit moins d'accidents et, en particulier, moins de troubles anaphylactiques. Mais l'injection lente doit satisfaire à certaines conditions générales : posologie appliquée à la voie intraveineuse et vitesse d'injection proportionnée à la rapidité d'utilisation et surtout d'élimination ou de destruction du médicament, éléments qu'on ne peut parfois déterminer qu'empiriquement et par tâtonnements.

Les premières tentatives de cet ordre semblent dater du choléra de 1832 ; la méthode tombe ensuite dans l'oubli jusqu'à une nouvelle épidémie de choléra en 1884. Pour combattre la déshydratation Hayem injecte alors au ralenti des solutions isotoniques, chlorurées ou glucosées. C'est ensuite à nouveau l'oubli jusque vers 1937 où la méthode est reprise en Allemagne, en Amérique. Ce n'est que beaucoup plus récemment qu'on s'y intéresse en France (Desmarest, Labbé, Boulin, Lewin), à moins qu'on ne range parmi les essais les injections intraveineuses d'huile camphrée que, vers la fin de la guerre 1914-1918, Le Moignic avait préconisées en insistant sur l'importance qu'il y avait à pousser très lentement l'injection. En ces dernières années, études physiologiques et essais cliniques sont multipliés.

Après s'être contentés d'un montage genre « goutte à goutte de Murphy » les auteurs ont reconnu la nécessité d'une instrumentation plus perfectionnée, d'un réglage plus fidèle et plus facile et capable d'obtenir un extrême ralenti dans l'usage de produits très actifs. On a donc employé des appareils à transfusion : appareil de Woodyatt et surtout transfuseur à tube de Henry et Jouvelet. Quant au patient, quel que soit le procédé d'abord de la veine, il doit être immobilisé pour parer aux dégâts de la paroi veineuse et de son endothélium.

Le seul point délicat est le choix de la vitesse d'injection et le réglage de l'appareil.

Les médicaments injectés se sont rapidement diversifiés bien que la méthode soit récente et encore peu pratiquée. Les liquides isotoniques et hypertoniques, simples (sérum salé ou sucré) ou complexes (liquide de Ringer) sont naturellement au premier plan ; on a même pu quelquefois injecter des liquides hypotoniques qu'aucune autre méthode ne permettrait de rendre inoffensifs. Les toni-cardiaques (digitaline, ouabaïne, adrénaline), l'acétylcholine ont été injectés aussi. Certains anesthésiques (morphine, novocaïne, scopolamine) également. La chimiothérapie (sulfamides), la sérothérapie sont à l'occasion tributaires de la méthode qu'on a également employée avec le novarsénobenzol, avec les sels de Ca et de Mg.

Mais dans tous les cas, la condition *sine qua non* de sécurité et d'efficacité réside dans l'adaptation de la vitesse d'injection au médicament employé.

Les indications des injections lentes correspondent surtout à des essais mais quelques-unes sont assez précises pour entrer dans la pratique.

Parmi les *indications symptomatiques* la principale est la douleur : cancers inopérables, colique hépatique ou néphrétique, algies persistantes des artérites, points de côté suffocants et corrélativement mise au repos des plaies pénétrantes du thorax. C'est à la morphine qu'on recourt : un à trois centigrammes dans du sérum glucosé injecté en 50 minutes soulage immédiatement et pour une durée deux fois plus longue que l'injection habituelle. Kirschner et d'autres emploient ce procédé pour l'anesthésie chirurgicale de base, spécialement pour la thoracoplastie et chez les opérés fragiles.

Cette méthode est un bon traitement du shock (blessés graves, polyblessés) en fournissant une voie d'administration pour la morphine ou l'adrénaline.

De même dans les hémorragies graves moyennant une lenteur extrême qui ne provoque pas le retour de l'hémorragie par reprise tensionnelle.

Parmi les *indications pathogéniques*, la principale est la déshydratation : sténoses digestives, vomissements de la grossesse, diarrhées prolongées, choléra, choléra infantile ; Schick et Karelitz donnent du sérum de Ringer glucosé avec de bons résultats et ont fait école en tous pays. De même dans la déchloruration des occlusions intestinales, de la péritonite aiguë, des grandes opérations abdominales ou urinaires. Chez les grands brûlés, dans les ictères infectieux, les injections hypertoniques lentes peuvent transformer le pronostic. L'acidose du diabète ou de la néphrite chronique, celle de la néphrite aiguë mercurielle, les diverses acidoses de l'enfant sont heureusement combattues par le bicarbonate en injections lentes.

De même digitaline, ouabaïne et surtout adrénaline (H. Bénard et Sallet, Baudouin, Azerad et Lewin) contre le collapsus cardiaque.

L'injection d'hormones a été essayée : insuline-glucose dans le diabète. 2-3 dixièmes d'unité par kgr./heure (soit 12 à 20 unités à l'heure pour un sujet de 60 kgr. en 3 heures) ramènent la glycémie à la normale ; la dose d'entretien est de 1/100e à 1/10e d'unité à l'heure. Dans l'acétonémie ou comme préparation à une intervention d'urgence on donne 7/10e d'unité et 75 centigr. de glucose par kgr./heure réalisant une cure analogue à ce que donnent les insulines-retard.

Dans l'éclampsie l'adrénaline, dans l'asthme l'adrénaline (Lœper) ou la novocaïne (Dos Ghali) en injections lentes semblent des traitements d'une haute valeur.

Il est enfin des *indications étiologiques* : l'une des plus récentes et peut-être la plus fertile dans l'avenir est la sulfamidothérapie lente dans les septicémies streptococciques. On a donné aussi de cette manière le salicylate de soude dans le rhumatisme franc et le novarsénobenzol dans la syphilis (Tzanck) ; la strychnine dans l'intoxication barbiturique, le glucose dans l'empoisonnement par les champignons, enfin divers sérums thérapeutiques : anti-gonococcique, pneumococcique, tétanique, diphtérique.

Dans tous ces cas et à condition de surveiller le traitement et de bien fixer la posologie, cette méthode a des avantages uniformes d'activité, de constance, d'imprégnation, d'économie de doses et de tolérance élevée. En ce qui concerne la tolérance, il est à remarquer que les accidents anaphylactiques ou anaphylactoïdes puissent manquer entièrement du seul fait de la lenteur des injections, qu'il s'agisse d'arsénobenzol chez un intolérant avéré ou des sérums de cheval de la sérothérapie pour lesquels on n'aurait jamais cru pouvoir parler d'injections intraveineuses.

Il y a cependant quelques inconvénients possibles : ils tiennent parfois au médicament (réactions sympathiques par l'injection d'hormones). Plus souvent ils tiennent à la méthode : les uns sont négligeables (frissons ou petite poussée fébrile passagère au moment de l'injection) ; d'autres doivent retenir davantage l'attention : phlébites par traitement trop prolongé. La morphinomanie n'est pas plus fréquente, ni plus redoutable, qu'avec les injections habituelles bien qu'indéniable.

Plus importants sont les œdèmes, pulmonaires en particulier, qui peuvent être dus à des injections trop abondantes ou trop rapides, accidents de la méthode et non du médicament, aisés à guérir par un meilleur réglage ou une interruption. Ils sauraient d'autant moins être considérés comme une raison d'abandon définitif que la pratique a montré qu'une reprise bien comprise permettait à nouveau d'user avec plein bénéfice d'une méthode à la fois puissante et peu offensive.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MEDECINE

Déminéralisation grave et arthrites vertébrales simulant des affections digestives. MM. E. Antoine et A. Bisson (Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres, 6 mai 1942).

Les auteurs appellent l'attention sur certains cas de déminéralisation particulièrement marquée de la colonne vertébrale, dont le signal symptôme peut égarer le diagnostic plus vers une affection abdominale haute que vers une affection générale par une carence alimentaire, l'alimentation de la plupart des citadins étant nettement déficiente. L'examen radiologique systématique de la colonne vertébrale permettra de poser le diagnostic exact.

Le traitement a consisté en : repos, injections de Ca, absorption de phosphate tricalcique et de vitamine D. Dès la première semaine de médication, les malades ne souffrent pour ainsi dire plus, ni de l'estomac, ni de la zone vésiculaire, ni de leur dos. C'est là une pierre de touche vraiment satisfaisante, mais le traitement assidu et prolongé doit être poursuivi de longs mois.

Les auteurs pensent que les douleurs étaient liées à un pincement des racines rachidiennes et, en particulier, au niveau des dorsales moyennes dont le champ métamérique répond à la zone de la vésicule et de l'estomac. La position debout et plus encore la position assise amène une exacerbation qui peut faire penser aux douleurs du tabès ou du mal de Pott.

Sur l'étiologie de l'emphysème. M. F. Dumarest. *Revue de la Tuberculose*, T. 7, nos 1-2, janvier-février 1942, p. 6 à 20.

Importante étude dont l'auteur tire les conclusions suivantes :

I. La distension des cavités aériennes qui constitue la lésion caractéristique de l'emphysème est conditionnée par une altération préalable de la charpente fibro-élastique des poumons et ne peut être réalisée mécaniquement qu'autant que cette altération existe, qu'il s'agisse d'une anomalie constitutionnelle ou d'une modification inflammatoire due, soit à un état infectieux actuel, soit à une dyscrasie héréditaire.

Lorsque cette altération existe, le simple jeu de la respiration suffit à engendrer la distension pathologique.

II. L'étude clinique de l'emphysème chez les tuberculeux montre l'extrême fréquence de cette lésion, particulièrement dans les formes les plus bénignes de la maladie, où il semble bien qu'il faille la considérer comme la conséquence directe de la tramite, elle-même en rapport avec l'invasion lymphatique, qui est souvent le premier acte ou le seul témoin de l'infection bacillaire.

Il n'est pas illogique d'admettre que « sclérose et emphysème » puissent être une des manifestations para-tuberculeuses (Burnand) de l'hérédité tuberculeuse immunisante.

Recherches comparatives sur les réactions de déviation du complément dans la gonorrhée. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 4 octobre 1941.

La réaction de Brandt a paru d'une valeur bien supérieure à celle de Muller-Oppenheim ; résultats plus constants et sensibilité plus grande. Les réactions négatives après traitement ne doivent qu'à certaines conditions être considérées comme un test de guérison mais sa persistance peut, dans certains cas, faire prévoir une récidive.

Cette réaction a, d'autre part, une valeur pratique appréciable quant au diagnostic différentiel.

R. L.

La radiophotographie en médecine interne. R. Janker. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 27 septembre 1941.

Revue générale d'ordre pratique sur les applications de la radiophotographie à l'examen médical rapide des collectivités (médecine scolaire, médecine d'usine).

R. L.

Le cancer du poumon consécutif aux pneumopathies chroniques professionnelles. E. Holstein. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 30 août 1941.

L'auteur étudie la question des pneumopathies professionnelles susceptibles d'être suivies de cancer du poumon ainsi que les conséquences qui en résultent au point de vue de la législation sociale. Sont particulièrement étudiées à cet égard les lésions dues à l'industrie de l'asbeste, à celle des colorants à base de chrome et à l'industrie extractrice ou transformatrice de produits radifères de l'Erzgebirge.

R. L.

La signification de la présence d'éosinophiles dans le suc gastrique. B. Misske. *Zentralbl. inn. Medizin*, 13 juin 1942.

Examen critique de 216 cas de gastropathies ; l'éosinophilie a été trouvée dans 12,5 % des cas. Il s'agit presque exclusivement d'hypo ou d'an-acidité mais l'éosinophilie n'est pas obligatoirement coexistante avec l'anachlorhydrie.

On la rencontre dans un certain nombre de cancers gastriques, mais peu élevé ; l'éosinophilie n'est pas pathognomonique de cancer gastrique.

Elle est peut-être due à l'allergie. Mais on ne peut qualifier une gastrite d'allergique que dans la mesure où est véritablement élucidée la part de l'allergie dans son étiologie.

R. L.

La coagulation sanguine pendant et après le travail corporel. G. Matthiessen et Maria Meyer zum Gottes-Birge. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 25 avril 1942.

Au delà d'une certaine intensité le travail corporel abrège le temps de coagulation. Les petits travaux n'ont aucune action sur les jeunes sujets mais en ont une sur les sujets âgés. Ces effets sont sans doute proportionnés à la libération de thrombokénase à partir des petits vaisseaux lésés.

Le travail ne détruit pas l'héparine injectée et n'influe donc pas sur son action anticoagulante. Le travail influe sans doute sur la fréquence des infarctus et des thromboses de toute espèce chez des gens âgés surtout dépourvus d'entraînement ; il en est de même du surmenage physique chez les jeunes gens. Les auteurs étudient la transfusion thérapeutique du sang de sujets après travail.

R. L.

L'action biologique des ions atmosphériques (*communication au Congrès de Physiopathologie de l'Allemagne du Nord-Est, Dantzig*, 25 octobre 1941). H.-E. Meyer. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 7 février 1942.

R. L.

Un cas de tuberculose isolée de l'intestin grêle. H. Knaus et W. Nonnenbruch. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 3 janvier 1942.

Les fonctions de la moelle osseuse à la lumière de la ponction sternale. Prof. Krienle. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 17, 24, 31 janvier 1942 ; 7, 14, 21 mars 1942.

Dans cette importante suite d'articles commentant 1.400 ponctions sternales, l'auteur étudie le diagnostic positif et différentiel des affections sanguines ainsi que leur classement possible d'après les renseignements fournis par la ponction sternale.

R. L.

Symptômes et traitement du typhus exanthématique. H. Wirtz. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 20 juin 1942.

THERAPEUTIQUE

Sulfamides. M. Marcel Perrault, *Journal de Méd. et de Chir. Prat.*, T. CXIII, juillet 1942, 7e cahier. Dans ce numéro consacré aux sulfamides et publié sous la direction de M. Perrault, il faut signaler :

Les antisulfamides. M. Maurice Lachaux (*Loc. cit.*), étudie successivement la notion d'antisulfamide, le phénomène de Woods, les modalités de l'effet antisulfamide, l'interprétation des sulfamido-résistances, l'application de l'action antisulfamide, les relations entre la structure et l'activité antisulfamide, enfin le mécanisme d'action des sulfamides.

En conclusion, l'auteur constate que l'étude des antisulfamides n'est encore qu'à ses débuts, mais qu'elle a déjà donné des résultats intéressants qui permettent de mieux expliquer le mécanisme d'action des sulfamides et de comprendre les raisons de certains échecs de la sulfamidothérapie. Mais il y a plus. Pour la première fois, nous avons affaire à un corps dont l'action thérapeutique est spécifiquement antagoniste de celle d'un autre corps. Nous entrons par là dans un chapitre nouveau de la chimiothérapie.

Reins et sulfamides. MM. Duvoir, Poumeau-Delille et Deprez (*Loc. cit.*). Les corps sulfamidés sont susceptibles d'entraîner un certain nombre d'incidents, bien étudiés en particulier par Harvier et Perrault dans leur monographie sur la sulfamidothérapie. M. Duvoir et ses collaborateurs étudient ceux qui atteignent le rein.

Au moindre degré, il s'agit d'une phosphaturie assez fréquente mais sans grosse importance qui apparaît lorsque le repos au lit n'a pas été imposé au malade. D'autres manifestations ont été signalées : outre la possibilité d'œdèmes de mécanisme complexe il faut insister sur les hématuries relativement fréquentes, d'abondance variable, à évolution bénigne, et sur l'anurie, beaucoup plus rare. Les auteurs étudient le mécanisme de ces accidents et relatent trois observations de néphrite. En terminant ils rappellent que, s'il y a intérêt à obtenir rapidement une concentration sanguine assez forte pour que le produit agisse, il ne faut pas, cependant, donner d'emblée une dose *trop* importante de sulfamides qui risquerait d'élever dangereusement la concentration urinaire. Il faut donc éviter les prises uniques journalières et s'en tenir à l'administration habituelle. Et surtout, s'il s'agit de malades dont le rein paraît fragile, il est préférable de ne pas donner de doses trop élevées et utile de surveiller les urines, l'urée sanguine et l'élimination des sulfamides.

La sulfamidothérapie locale en gynécologie opératoire. A. Ameline (*Loc. cit.*). L'impression d'ensemble est absolument favorable. L'auteur a toujours employé le 1162 F, soit en poudre avec les pulvérisateurs du

commerce, soit en cachets stérilisés et dosés pour l'application intra-abdominale ; 5 à 6 gr. dans une cavité utérine ; 8 à 10 gr. dans le vagin lui paraissent des moyennes suffisantes. En applications abdominales 15 à 20 gr. sont d'utilisation courante.

L'auteur n'a observé aucun accident ou incident imputable à l'emploi local des sulfamides. Il a tendance à les abandonner pour la paroi en raison de quelques désunions partielles ou quelques « paresses » de cicatrisation.

L'auteur n'aborde pas la question de la sulfamidothérapie générale associée à l'application locale. Cette association lui paraît dans bien des cas éminemment souhaitable.

M. L. S.

Conditions générales d'application de la thérapeutique sulfamidée. M. Marcel Perrault. *Progrès Médical*, n° 19, 10 août 1942.

Une sulfamidothérapie correctement conçue sera : d'institution très précoce ; massive et d'emblée massive ; entretenue à doses suffisantes et fractionnées ; dégressive ; d'une seule tenue ; pas trop prolongée (n'excédant pas dix jours en moyenne. Elle doit tout mettre en œuvre pour que le plus tôt possible une concentration suffisante en sulfamide soit en contact, et pour le temps nécessaire, avec l'agent infectieux, d'où la nécessité fréquente d'un apport local direct.

Les doses à envisager sont pour le 1162 F : chez l'adulte normal de 60 à 70 kg., 0,15 par kg. pour le premier jour, soit environ 10 gr., la première dose administrée étant de 4 gr. (Long) ; chez l'enfant, 0 gr. 25 à 0 gr. 30 par kg., ce qui, pour un enfant de 15 kg., correspond environ à 4 gr. 50 par jour, la première dose administrée étant de 2 gr.

L'administration doit se faire en doses réfractées toutes les deux ou trois heures.

Pour la conduite du traitement, insister sur le repos au lit. L'alimentation n'a rien de spécial, le régime lacto-végétarien paraît indiqué. Ecarter les aliments contenant du soufre en quantité importante : viande, œufs, choux ; assurer la diurèse.

Les associations thérapeutiques sont possibles y compris l'arsenic, l'or le pyramidon, l'aspirine. Ne pas donner d'uroformine en même temps que le sulfathiazol ; rejeter les sulfates alcalins ; ne pas oublier, enfin, l'utilisation des alcalins pour prévenir l'acidose.

A la fin de son important article dont nous n'avons pu indiquer que les grandes lignes l'auteur rappelle, d'après Long, que l'eau est le véritable antidote de la sulfamilamide et de ses dérivés. C'est donc aux tisanes, à l'eau lactosée, aux eaux minérales que l'on aura recours quand on voudra cesser le traitement.

M. L. S.

A propos du traitement de la pneumonie. Dr Karl Klinesch. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 2 juillet-1er août 1942.

Il existe des formes de transition entre la pneumonie lobaire et la broncho-pneumonie lobulaire ; une nouvelle classification est nécessaire tenant compte à la fois des considérations anatomiques et étiologiques que propose l'auteur. Sur 33 cas de pneumonie radiologiquement contrôlés, chez des sujets entre 18 et 40 ans, 32 ont été traités successivement et comparativement par le traitement quinique classique et par la sulfapyridine. La quinine *per os* a échoué ; en injections intraveineuses elle n'a guère mieux donné.

Les sulfamides même à forte dose n'ont donné aucun trouble toxique ; les doses nécessaires sont bien supérieures à la posologie classique et doivent être réglées de façon à obtenir la défervescence très rapide 48 heures au plus, seul test de guérison et seule garantie contre les complications. Tenir compte de l'incompatibilité avec le glucose si l'on emploie la voie intraveineuse.

Dans les formes grippales il faut agir très tôt avec de fortes doses et prolonger la médication après guérison apparente. Des pleurésies ont, deux fois, été guéries par les sulfamides seuls. Aucun cas de mort : bonne tolérance même chez l'alcoolique. L'alimentation n'est suspendue que pendant le temps minimum.

La sulfapyridine semble actuellement le traitement de choix de la pneumonie.

R. L.

Sulfamidothérapie et encéphalite post-vaccinale. — M. de Grailly. *Presse Médicale*, 10 juin 1942.

Sulfamidothérapie locale dans le traitement des érythèmes fessiers du nouveau-né. — M. Lacomme. *Bulletin Médical*, 15 juillet 1942.

Sulfamide dans les ostéites traumatiques fistuleuses. — M. Lenormant. *Presse Médicale*, 4 juillet 1942.

Les sulfamides dans le traitement des infections pulmonaires. F. Hewi et A. Hahn. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 18 et 25 oct. 1941.

Notions fondamentales quant aux indications des cures thermales. Oskar Zimmermann. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 27 juin 1942.

S'inspirant des nécessités de temps de restrictions de tous ordres, l'auteur s'attache à éliminer avant toutes pertes de temps et tout déplacement la clientèle des baigneurs oisifs et à réserver à chaque station thermale la clientèle de vrais malades qui est susceptible de bénéficier d'une cure.

La décompensation cardiaque est une contre-indication évidente de toute cure thermale de même que les affections circulatoires graves ; les cas légers sont affaires d'espèce. L'infarctus du myocarde, l'endocardite, la myocardite ne la permettent qu'après une longue période de sommeil ; les déséquilibres vago-sympathiques ne bénéficient que de cures douces et soigneusement dosées.

Les affections gastro-intestinales et hépato-biliaires tirent bénéfice des précautions diététiques et de la suspension des soucis quotidiens ; de même les affections urologiques.

Les fatigués et déprimés de la vie urbaine, les thyroïdiens doivent actuellement préférer la station de repos à la station thermale. Les rhumatisants ont leurs stations à la fois bien spécialisées et de catégories bien diversifiées, mais seulement à distance des poussées aiguës. La sciatique aiguë doit être systématiquement éliminée de toute station thermale quelle qu'elle soit.

R. L.

L'emploi thérapeutique du glucose en médecine. E. Hassencamp. *Zentrablatt f. inn. Medizin*, 27 juin-4 juillet 1942.

Tout au moins à titre d'adjuvant ou de médication accessoire le glucose, en particulier par voie intraveineuse et surtout injection lente, peut rendre service dans diverses affections :

Maladies de la nutrition où il est souvent avantageux de lui associer les vitamines B et C : Etats de dénutrition, grandes hémorragies, cachexies, convalescence, périodes d'entraînement sportif et d'épreuves sportives.

Le glucose a également été utilisé dans l'ulcus gastrique contre les douleurs et l'hyperacidité. Naturellement aussi dans tous les états d'hypoglycémie quelle qu'en soit la cause, en particulier l'adénome du pancréas. Le rôle antitoxique du glucose est mis à contribution dans les affections hépatiques avec abaissement du glucose et du glycogène, dans les cirrhoses décompensées, dans l'acétonémie des diabétiques, les intoxications par le chloroforme, la morphine, l'oxyde de carbone et dans les grandes infections.

Sous forme de solution hypertonique il est employé comme agent osmolique vis-à-vis des sucres et même des sels des tumeurs dans les œdèmes, surtout pulmonaires, les bronchectasies, l'hypertension intra-crânienne, le rhumatisme musculaire ; il agit aussi comme renforçateur de divers médicaments en particulier du salvarsan.

En thérapeutique circulatoire on peut l'employer dans l'insuffisance coronarienne quelle qu'en soit la forme clinique, dans toutes les affections cardiaques dues à une infection en évolution, dans les troubles du rythme cardiaque.

R. L.

Données révolutionnaires en thérapeutique. Walb. *Münch. Med. Woch.*, 20 déc. 1940.

Le déséquilibre alimentaire est à la base de nombreux troubles dont on accuse les régimes carencés. On connaît les beaux travaux de Mme Lucie Randoin sur cette question. Mais voici une nouvelle théorie plus étendue qu'a exposée le Dr Walb dans le *Münchener Medizinische Wochenschrift*, du 20 décembre 1940, et que commente notre confrère les *Archives Médicales Belges*.

Toutes les maladies seraient dues à une rupture de l'équilibre acide-base consécutive à une alimentation irrationnelle.

On ne doit pas donner au même repas des aliments demandant un milieu acide et d'autres un milieu basique.

On ne doit pas donner au même repas des hydrates de carbone et des matières albuminoïdes.

Un régime type devrait être ainsi compris :

Le matin : lait et fruits acides.

A midi : légumes crus ou cuits, viande.

Le soir : hydrates de carbone sous forme de pain ou de pommes de terre et légumes cuits ou crus.

L'action thérapeutique de mélanges de sels alcalinisants dans le diabète. Renzo Storta. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 8 novembre 1941.

L'auteur a suivi de façon prolongée 50 diabétiques qu'il a traités par un mélange alcalin contenant du citrate, du tartrate, du phosphate et du sulfate de soude. Ces malades ont été heureusement influencés. Un tel traitement semble supprimer l'acidose résiduelle et supprimer les risques de coma et d'accidents hypoglycémiques. Il semble qu'une telle méthode puisse également rendre des services chez les hépatiques et chez les sujets atteints d'affections rénales.

R. L.

La vitamine C (Besoin et Elimination) dans la diphtérie. A. Woldrich & W. Lorenz. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 13 juin 1942.

Dans toutes les maladies infectieuses l'organisme consomme beaucoup de vitamine C. En ce qui concerne la diphtérie, les auteurs ont noté que le déficit en vitamine C est d'autant plus marqué que l'évolution est plus prolongée ; le taux de l'élimination n'a pas de valeur pronostique témoignant aussi bien de la saturation de l'organisme que de la gravité de l'infection. L'élimination massive et sa faible fixation durant la maladie semblent une indication à administrer de la vitamine C aux diphtéries graves. La vitamine est un des éléments du mécanisme de défense. Sa valeur chez les porteurs de germes semble moins prouvée.

L'association vitamine C-hormone surrénale a donné aux auteurs de bons résultats dans des cas graves.

R. L.

La raréfaction des médicaments actuels, par le Dr Thépenier. *Le Centre Médical* (48e année, n° 1, janvier-février 1942).

L'auteur, dans un travail très documenté, expose la situation de nos approvisionnements en médicaments au début de 1942. On sait qu'elle est critique. Beaucoup de matières manquent totalement, d'autres se raréfient de plus en plus. Devant cette situation, l'ingéniosité des pharmaciens et des chimistes nous apporte des succédanés d'un réel intérêt.

Le défaut de place nous empêche de suivre M. Thépenier dans sa très complète énumération. Citons seulement quelques exemples :

L'iode est difficile à trouver. Les 6/10es de sa production venaient du Chili, les 4/10es seulement venaient de Normandie et de Bretagne. On envisage de réduire le titre de la teinture d'iode de 50 % et on la remplace de plus en plus par le mercurochrome.

Le bismuth venait presque en totalité de la Bolivie, nous n'en recevons plus aussi est-il sévèrement contingenté. Le bore et l'acide borique sont trop utilisés en métallurgie, aussi sont-ils l'objet d'une réglementation étroite.

La rareté de la vaseline et des corps gras a rendu de plus en plus critique la question des excipients. Des solutions nouvelles ont été proposées : le *gel de silice*, la *bentonite*, excipient à base d'argile colloïdal, les dérivés de l'*acide stéarique*, etc. On jugera de l'importance de ce dernier en se rappelant que 180 grammes d'acide stéarique permettent de remplacer un kilogramme de vaseline.

Du côté des *plantes médicinales* on connaît les efforts faits par M. le professeur Perrot pour développer en France et dans l'Empire la culture des matières premières d'origine végétale destinées à la pharmacie. Il est navrant de penser qu'il a été si peu suivi et que le tilleul, pour ne citer qu'un exemple, reste introuvable ou hors de prix. M. Thépenier dresse un tableau des plantes de remplacement qui permettent, dans une certaine mesure, de suppléer au manque de médicaments aussi indispensables que la quinine, la caféine, la pilocarpine, etc.

Pour les *produits opothérapiques* on ne peut plus compter que sur les ressources du territoire. Les laboratoires spécialisés en se groupant ont fait un magnifique effort.

Les résultats se feront sentir bientôt, on peut l'espérer, notamment en ce qui concerne le foie et l'insuline.

Les *vitamines* liposolubles A, D et E sont difficilement fabriquées en raison de l'impossibilité de recevoir les huiles de poisson pour A et D, et de se procurer des germes de blé pour E.

Les mêmes difficultés se rencontrent pour les vitamines hydrosolubles. Signalons les efforts faits par certains laboratoires, comme Hoffmann-La Roche pour la fabrication synthétique de plusieurs vitamines.

Les sérums et les vaccins continuent, malgré toutes les difficultés actuelles, à être préparés par l'Institut Pasteur, de manière à répondre à toutes les demandes.

En résumé, écrit l'auteur, il faut grouper tous les efforts et ne compter que sur nous-mêmes. L...

Les succédanés coloniaux du café. M. J. Kerharo. *Médecine Tropicale*, 2e année, n° 1, janvier 1942, p. 37.

Les succédanés du café sont innombrables, le premier connu fut la chicorée employée en Allemagne depuis le XVIIIe siècle. On emploie la racine de chicorée dite sauvage (*cichorium intybus*) nettoyée, touraillée, torréfiée, concassée, tamisée, enrobée ou non.

Les produits similaires sont essentiellement d'origine végétale employés seuls ou mélangés. On connaît le café d'avoine, celui de froment, le café d'arachides, le café d'orge et celui de seigle, le café de figues, d'églantiers, de pois, de fèves, voire le café de pommes de terre ou de châtaignes mélangées aux betteraves, celui de lentilles, etc.

L'action du café étant surtout imputable à la caféine il s'ensuit que les succédanés n'ayant pas l'action du café ne doivent pas porter ce nom mais celui de « produits de substitution du café ». Ces produits peuvent être employés pour colorer les infusions ; ajoutés au café ils tempèrent son action tout en donnant une coloration plus foncée et un arome apprécié. Ils sont bon marché ; enfin, et ceci a un intérêt certain dans les circonstances actuelles, ils ont une valeur alimentaire apportée par les protides et les lipides.

L'arrêté paru au *Journal Officiel* du 5 novembre 1940 autorise comme succédanés : l'orge grillée ou sous forme de malt, les glands doux, les glands ordinaires, les caroubes, les gesses, les guerfallas, les cossettes de betteraves, la chicorée, les daris, les pois jarasse, les graines de tomates, les coques de cacao, les pellicules de café, les figues industrielles.

Cette liste est limitative. On pourrait y ajouter un certain nombre de plantes coloniales dont l'auteur dresse une liste par famille :

Capparidacées : *Boscia senegalensis.*

Cypéracées : *Cypérus esculentus* L.

Légumineuses : *Arachis hypogea* L ; *Cassia occidentalis* L ; *Parkia biglobosa* Benth ; *Soja hispida* Moench.

Malvacées : *Hibiscus esculentus* L.

Palmiers : *Phœnix dactylifera* L ; *Phytelephas matrocarpa* R et P.

Rubiacées : *Gaertnera vaginata ; Tricalsya coffeoïdes.*

L'auteur étudie pour chaque plante la composition chimique de la partie employée pour permettre d'apprécier la valeur alimentaire du succédané employé. Cette liste montre l'importance de l'aide que la Métropole peut attendre de l'Empire. L'auteur retient plus particulièrement soit pour leur arome, soit pour leur valeur alimentaire les qualités des plantes suivantes :

Le *Cassia occidentalis* qui fournit au Soudan, Dahomey, Guinée, Sénégal le café sauvage ou café nègre à l'arome remarquable ;

Le *Parkia biglobosa*, le soja, les arachides et les dattes dont la valeur alimentaire est incontestable et mériterait une expérimentation.

HYGIENE

Plaidoyer contre les îlots insalubres, par M. le Prof. Pierre Joannon. *L'Architecture Française* (numéro spécial sur l'urbanisme de Paris et du département de Seine-et-Oise, mars-avril 1942).

On n'a pas oublié que le Prof. Joannon, en janvier 1942, fit voter, par l'Académie de Médecine, un vœu demandant que dans les immeubles neufs les baies des pièces d'habitation donnant sur un espace libre intérieur disposent de vues directes dont la longueur ne se trouve jamais inférieure à la hauteur des façades limitant lesdites vues.

Cette campagne contre les cours obscures et pour l'air et la lumière, l'auteur la continue par sa croisade contre les îlots insalubres. Dans son remarquable article, étayé de nombreuses figures, il montre que cette lutte se heurte à des difficultés financières, cela va de soi, mais aussi à l'incompréhension de ceux qui se laissent entraîner par un sentiment très respectable d'attachement au passé.

Peut-on s'arrêter devant ces deux difficultés lorsque l'on sait la malédiction qui plane sur ces îlots insalubres ? L'auteur apporte deux exemples seulement, et ils suffisent, des méfaits de ces îlots : ce sont la rougeole et la mortalité infantile.

Tout le monde sait que la rougeole est bénigne soignée dans les familles, grave soignée dans un hôpital où l'isolement ne serait pas assuré, où les complications infectieuses sont fréquentes.

Dans une ville on voit que la rougeole est bénigne dans les quartiers aérés, sévère dans les îlots insalubres. Un exemple pour Paris : en trente ans, la rue de Médicis, devant le Luxembourg, ne compte aucun décès par rougeole. Dans le même arrondissement, la rue des Canettes, étroite et surpeuplée en compte 15 dans 11 de ses 22 maisons. Il est inutile d'insister.

Pour la mortinatalité infantile, mortinatalité précoce ou décès par suite de maladies infectieuses, l'influence des îlots insalubres est encore plus nette.

Dès lors comment hésiter à sacrifier résolument cette honte d'urbanisme périmé.

L'amélioration de la fabrication du pain actuel. M. Bruère. (Soc. de Pathologie Comparée, 12 mai 1942).

L'auteur demande entre autres choses :

1° Que le taux d'extraction du rendement de toutes farines destinées à la panification ne soit appliqué que sur des céréales industriellement pures ;

2° Que des instructions soient données d'urgence aux boulangers pour panifier la farine bise actuelle ;

3° Qu'une surveillance soit exercée par les services compétents pour que le pain ne soit livré au public que 12 heures après la sortie du four et que le rendement minimum de 132 kg. de pain pour 100 kg. de farine ne soit pas un prétexte à une cuisson insuffisante de la mie, dont l'humidité exagérée ne permet pas l'insalivation, et nuit à sa digestibilité;

4° Que l'école de boulangerie soit rapidement organisée et délivre un certificat exigible de celui qui exploite personnellement un fonds de boulangerie ;

5° Que le type de farine française soit imposée en période normale pour le pain sans qualificatif, vendu au poids ;

6° Qu'une éducation du public mette le consommateur en garde contre la fabrication des pains dits de fantaisie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

Séance du 19 mai 1942

Ostéomyélite mandibulaire associée à une ostéomyélite du tibia. — MM. Richard et Cernéa montrent une seconde fois cette fillette de 10 ans dont l'éruption dentaire s'opère normalement au voisinage du foyer ostéomyélite. Ceci plaide une fois de plus en faveur d'une thérapeutique médicale (ici l'anatoxine) et d'une très grande réserve chirurgicale.

Mycose gingivo-jugale. — MM. Richard et Cernéa suivent un homme de 60 ans dont la mycose, non encore identifiée, a une évolution lentement extensive malgré le traitement iodé.

Aplasie de la branche montante gauche du maxillaire inférieur. — M. Lebourg, chez un garçon de 8 ans, note l'absence d'une branche montante mandibulaire. Cette aplasie était passée inaperçue jusqu'alors. Un appareil de maintien sera mis en place pour corriger la latéro-déviation. Ultérieurement une greffe osseuse est à envisager. L'auteur n'a rencontré qu'un seul cas analogue chez une fillette de 4 ans qui est morte subitement au début d'une broncho-pneumonie.

Inclusion d'une incisive centrale supérieure avec présence de dents surnuméraires. — M. Poire rapporte une observation qui s'apparente aux faits d'adamantinomes dentifiés.

Syphilome diffus des maxillaires à évolution gangréneuse. — M. Poire a observé chez un homme de 31 ans des lésions très destructives qui s'apparentent à la syphilis mutilante de la face.

Fracture communicative du maxillaire inférieur. — M. Hennion montre en cours de traitement une enfant blessée lors d'un récent bombardement aérien.

LA 9ME ÉDITION
DU
FORMULAIRE ASTIER [1942]
Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**
Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00

TRASENTINE
Nom déposé
CIBA

ANTISPASMODIQUE DE SYNTHÈSE

Spasmes du tube digestif, des voies biliaires et de tous les organes à musculature lisse

DRAGÉES - SUPPOSITOIRES

LABORATOIRES **CIBA** - Dr P. DENOYEL
103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON



INJECTION SOUS-CUTANÉE de 1 centicube POUR DÉBUTER, puis 2 centicubes
BOITES DE SIX AMPOULES DE 2 cc

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON
GYNECO VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME

Tumeur sarcomateuse du maxillaire supérieur. — MM. Thibault et Hennion présentent un jeune homme de 19 ans dont la tumeur évolue depuis deux ans. La biopsie a permis d'identifier un réticulo-lympho-sarcome.

Menace de perforation palatine par succion à valve. — MM. Thibault et Hennion montrent à propos d'un cas le danger des succions en caoutchouc.

Ulcérations multiples consécutives à des extractions. — M. Thibault note chez une femme de 58 ans la persistance d'ulcérations au niveau des alvéoles de dents extraites deux mois auparavant. L'étiologie d'un pareil retard de cicatrisation reste obscure.

Utilisation du monobloc de Robin en orthopédie dento-maxillaire. — MM. Darcissac et Debras pensent que le monobloc est le type de l'appareil à utiliser sur une grande échelle dans les consultations hospitalières.

Masque dentaire en palapont. — M. Thibault.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 juillet 1942

Gangrène traumatique des membres inférieurs. — M. Séjournet relate le cas d'un enfant de dix ans qui, à la suite d'un éboulement, est resté 48 heures les deux jambes coïncées sous les décombres. Il presentait alors une gangrène des deux jambes. S. sursoit à l'opération, une jambe reprend un aspect presque normal. Par contre, l'autre doit être amputée. L'examen de la pièce montra les artères vides et des veines remplies de caillots.

Volumineux kyste solitaire du rein à évolution abdominale. — M. Benoist (de Luzy) rapporte l'observation d'un volumineux kyste du rein pris pour un kyste de l'ovaire et pour lequel il dut pratiquer une néphrectomie.

Trois cas de fractures du col fémoral à retardement passées complètement inaperçues. — M. Rœderer, apportant trois exemples à l'appui, revient sur cette question et insiste à nouveau sur l'importance de cette lésion qui devrait toujours être décelée par la radiographie systématique des hanches contusionnées.

THÈSES DE PROVINCE

THESES DE MEDECINE DE TOULOUSE

Année jusqu'au 1er octobre 1941

28 Thèses d'Etat numérotées de 1 à 28 inclus plus 9 thèses d'Université numérotées de 181 à 189 inclus : soit 37 noms.

U. 189. — Adler. *Absence congénitale du rectum* [Etudiant de Bordeaux].

15. — Alié-Trulla (Mme). *Le probtème du diagnostic sérologique de la fièvre typhoïde. Séro-diagnostic quantitatif et qualitatif.*

17. — Benaïm. *La place de la sulfamidothérapie dans le traitement des infections à méningocoques.*

26. — Bonnard. *A propos des plasties cutanées. (La méthode hongroise.)* [Etudiant de Bordeaux.]

10. — Brisac (Mlle). *Sur les réactions vaso-motrices cutanées à l'histamine et à l'adrénaline.*

11. — Capdeville. *Contribution à l'étude de quelques cas de paralysies des nerfs craniens du type « polioencéphalites subaiguës primitives ».* [Etudiant de Bordeaux.]

28. — Carli-Gernelle (Mme). *Contribution à l'étude des péricardites purulentes à staphylocoque chez l'enfant.*

6. — Champagnac. *Contribution à l'étude des fractures de cuisse chez le nourrisson.*

8. — Cluzeau. *Les asthénies hérédo-syphilitiques.*

20. — Crabol (Mme). *L'épiplooplastie libre dans la césarienne corporéale.*

U. 188. — Cukierstejn. *Le radiodiagnostic de l'œsophage.*

2. — Dardenne. *L'épilepsie au cours des tumeurs cérébrales.*

25. — Detre-Virot (Mme). *La tuberculose rurale dans la Creuse.* [Etudiante de Nancy.]

3. — Durand. *Le traitement de la coxarthrie aux eaux minérales sulfureuses et principalement à Ax-les-Thermes.*

23. — Floriot. *L'alcoolisme. Lutte contre l'alcoolisme. Ce qu'elle a été, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être.*

U. 183. — Fraiberg-Elentuch (Mme). *Luxation du métacarpien du pouce avec fracture du trapèze.*

13. — Francq-Pebeyre (Mme). *Quelques notions sur l'hyperthyroïdie.*

U. 181. — Gandelman. *Hydrosalpynx et péritonite tuberculeuse.*

19. — Garnal. *Contribution à l'étude du traitement de la blennorragie chez l'homme par les dérivés sulfamidés.* [Etudiant de l'Ecole de Tours.]

1. — Gobinet. *Fièvre de Malte et épizootie. Etude clinique d'une petite épidémie dans les Ardennes.* [Etudiant de Paris.]

7. — Guillaume (Mlle). *Nouvelles recherches sur le traitement des intoxications par les champignons vénéneux.*

U. 182. — Hirsch (Mlle). *Etude sur les fondements biologiques de la personnalité humaine vus à travers l'histoire des typologies scientifiques.*

U. 184. — Hochaüser. *Contribution à l'étude de la forme hyperalgique du tétanos.*

16. — Kleyman. *Contribution à l'étude de la cranioplastie suivant le procédé de Sicard-Dambrin.*

18. — Labetoulle. *Un cas de côte lombaire. Etude anatomique et clinique.* [Etudiant de Paris.]

24. — Lernout. *Le syndrome de Stokes-Adams au cours de la diphtérie.*

22. — Madrange. *Contribution à l'étude des tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire.*

12. — Martinet. *Les ruptures de l'artère humérale dans les luxations du coude.* (A propos d'une observation.)

4. — Marty. *Des règles générales d'hygiène à appliquer au Levant par les Métropolitains.*

U. 187. — Nowinzon. *Interprétation des tempéraments au regard des faits cliniques concernant la tuberculose.* [Etudiant de Bordeaux.]

27. — Pierron. *Des polyglobulies secondaires aux métastases osseuses dans les cancers et, en particulier, dans les cancers du sein.*

21. — Raynaud. *Les péritonites tardives du post-abortum.*

9. — Renaux. *Relation entre la grossesse extra-utérine et l'occlusion intestinale.*

5. — Rousseau. *Recherches sur la pathogénie de l'épithélioma de Krükenberg.* [Etudiant de Nancy.]

14. — Schlesinger. *Forme pulmonaire de la typhoïde chez l'enfant.*

U. 186. — Woulach. *Traitement des fractures de la colonne vertébrale par la méthode de Böhler.*

U. 185. — Zilberman-Ociacovski (Mme). *Migraine d'origine dentaire.*

LAXATIF DOUX

MUCINUM

1 à 2 comprimés par jour

" INNOTHERA " - ARCUEIL (Seine)

INFORMATIONS

(suite de la page 342)

Guerre. — CONCOURS D'ADMISSION A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ.

Liste, par ordre alphabétique et par centre d'examen oral, des candidats déclarés admissibles à la suite des épreuves écrites.

Centre d'examen oral et d'épreuves d'éducation physique de Lyon :

Catégorie : P. C. B. — MM. Bailly, Bougeois, Burnod, Chapoux, Félix, Guérin, Héraud, Iehl, Jouvenceaux, Meusnier-Delaye, Miribel, Pernod, Peyron, Reboul, Rechatin, Salins.

Catégorie : 4 inscriptions. — MM. Audumarès, Barberot, Baylet, Bernot, Bonjean, Bordat, Camprasse, Charvet, Clément, Delga, Drouin, Fayolle, Forestier, Gaillard, Goux, Grousset, Hioco, Honorat, Lagabrielle, Laluque, Letard, Maire, Merz, Miaille, Millet, Mourey, Pauchet, Pialoux, Pousse, Quentin, Ravaleau, Saury, Sourdille, Tanguy, Trapet, Vacher, Vellutini, Vergez.

Catégorie : 8 inscriptions. — MM. Aiguesparses, Chenillet, Delenne, Deplanche, Distinguin, Gillet, Guiraud, Hérard, Hertz, Juillet, Lacorre, Maigre, Martin-Lalande, Massador, Preveiraud, Reynier.

Les épreuves orales commenceront à Lyon (école du service de santé, avenue Berthelot), le mardi 2 septembre 1942, à neuf heures.

Centre d'examen oral et d'épreuves d'éducation physique de Paris :

Catégorie : P. C. B. — MM. Beauvois, Dion, Groussier, Joyaux, Lande, Lesage, Mathe, Mignard, Pecker, Perrenx, Peters, Planchat, Poirier, Titon, Touze, Turillot.

Catégorie : 4 inscriptions. — MM. Beaurain, Bréaud, Charles, Duplan, Gauthier-Lafaye, Laligant, Langard, Lebarbe, Le Damany, Pomarède, Vinceneux, Weber

Catégorie : 8 inscriptions. — MM. Lepagney, Lesage, Marx, Pierre, Thalabard.

Les épreuves orales commenceront à Paris (hôpital militaire du Val-de-Grâce) le jeudi 10 septembre 1942, à neuf heures.

Centre d'examen oral et d'épreuves d'éducation physique de Marseille :

Catégorie : P. C. B. — MM. Abric, Agius, Baures, Bezes, Bussillet, Corre, Cougoureux, Escafit, François, Guillot, Hébrard, Lapeyre, Picard-Maureau, Py, Rua, Sagols.

Catégorie : 4 inscriptions. — MM. Aldebert, Armstrong, Asquasciati, Barthe, Becker, Bedry, Beguier, Bretonnière, Bozon-Verduraz, Cabanon, Calvet, Carrère, Chambon, Delachet, Filhastre, Filliou, Galan, Gilbert-Desvallons, Giudicelli, Illes, Lafon, Larribaud, Loup, Lucia, Marcelli, Marchesseau, Martin, Navello, Nicolaï, Nicolas, Pon, Pujole, Ranc, Serizier, Tomari.

Catégorie : 8 inscriptions. — MM. Amat, Bereni, Conforto, Grégoire, Lallemand, Logos, Mayan, Monier, Padovani, Palmier, Parde, Romain, Saint-André, Sicre, Vidal.

Les épreuves orales commenceront à Marseille (hôpital militaire, rue de Lodi), le jeudi 17 septembre 1942, à neuf heures.

Vaccination anti-amarile. — Les dispositions de l'arrêté du 10 décembre 1941 rendant la vaccination anti-amarile, par scarifications, obligatoire pour toute la population civile européenne et indigène de l'Afrique Occidentale Française sont étendues au territoire du Togo.

(*J. O.*, 21 juillet 1942.)

Tuberculose des bovidés. — Le *Journal Officiel* du 14 juillet publie un arrêté du Ministère de l'Agriculture relatif aux subventions accordées pour la prophylaxie de la tuberculose des bovidés.

La participation de l'Etat aux opérations d'aménagement et de désinfection ne pourra dépasser 50 % de la dépense, ni excéder un maximum de 25.000 francs pour une même exploitation.

Association corporative des Etudiants en Médecine. — Il y a quelques jours au cours d'une audience au Secrétariat d'Etat à la Santé Publique, M. Mordagne, délégué permanent de l'*Association corporative des Etudiants en médecine à Paris* a soumis au ministre quelques desiderata.

Nos lecteurs en connaissent déjà un certain nombre. Ils ont été exposés ici même. M. Mordagne a insisté notamment sur la question de la réforme des études médicales, sur celle du Carnet de santé, étant entendu qu'on ne pourra exclure les étudiants malades, sur celle de l'alimentation des étudiants et sur celle des remplacements de médecins.

Dans l'éventualité de l'organisation de la Corporation, il a émis le vœu qu'une section « d'apprentis » et de « compagnons » fut instituée.

L'Association corporative est toute désignée pour former le noyau de cette section. Ainsi se développerait entre maîtres et étudiants une heureuse entente dont bénéficieraient et les études et les étudiants.

En attendant, la « Corpo » suit avec la plus grande attention la question de la réforme des études médicales, réforme qui peut avoir les conséquences les plus graves pour l'avenir de la profession.

Mutuelle d'assurances des médecins français (Société à forme mutuelle). — La Mutuelle, ouverte à tous les médecins et aux veuves de confrères, a clôturé son troisième exercice de guerre par des résultats satisfaisants.

Malgré les difficultés croissantes de la circulation automobile, elle a pu maintenir de nombreux contrats en vigueur grâce à l'extension gratuite de sa garantie aux véhicules de remplacement. Elle a envisagé une réduction de prime pour les confrères ne recevant pas plus de dix litres d'essence par mois.

Animée d'un esprit de confraternité auquel de nombreux médecins rendent hommage, elle a su régler à la satisfaction de ses clients de nombreux sinistres, libérant ainsi une part très importante de ses réserves.

Le bilan de l'exercice 1941 se clôt par un bénéfice de 137.296 fr. 04 qui, s'ajoutant aux résultats antérieurs, laisse apparaître un total de 462.491 fr. 11 de réserves libres.

Elle a pu amortir complètement, dès le présent exercice, son emprunt pour frais de premier établissement, devançant ainsi de quatre années la date prévue pour cet amortissement.

Poursuivant sa politique de rigoureuse économie, elle sera en mesure sous peu de temps, de participer efficacement à l'attribution des allocations annuelles de la Caisse Pierre Dibos, dont les versements seront repris dès cette année.

Ainsi elle réalise, malgré les difficultés actuelles, le nombre but que ses fondateurs lui avait assigné :

Tout en demandant des primes réduites grâce à sa forme mutuelle, elle veut contribuer, par ses bénéfices de gestion, à augmenter la retraite des médecins : les allocations Pierre Dibos pouvant, en effet, se cumuler avec la retraite prévue par l'Ordre National des Médecins.

Ces allocations étant calculées désormais d'après la date d'adhésion à la Mutuelle et le montant des polices souscrites, chaque médecin a donc un intérêt évident à confier, le plus tôt possible, à la Mutuelle, la gestion de ses polices d'assurances.

Risques garantis : Incendie.
Responsabilité civile.
Automobile.

Demander tous renseignements : 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e) (Téléph. : Inv. 39-98) et 1, rue Paul-de-Salvandy, à Brive (Corrèze) (Téléph. : Brive 972).

Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, Montpellier, 28-30 octobre 1942. — La XLIIIe Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française se tiendra à Montpellier les 28, 29 et 30 octobre 1942.

Les rapports suivants y seront exposés et discutés : 1° les anorexies mentales ; 2° les traumatismes cranio-cérébraux récents et anciens ; 3° les conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels.

Deux séances seront réservées à des communications neurologiques et psychiatriques.

Prière de se faire inscrire d'urgence auprès du Secrétaire de la Session, Dr Hugues, hôpital psychiatrique Font-d'Aurelle, Montpellier (Hérault).

L'année préparatoire de puériculture. — La Fondation d'Heucqueville donne, à son centre d'études et dans sa pouponnière modèle, 81-85, boulevard Montmorency, à Paris, un enseignement préparatoire de puériculture, destiné aux futures élèves infirmières, assistantes et sages-femmes, mais ouvert à toutes les jeunes filles françaises.

Cours, stages, bibliothèque, formation technique, intellectuelle et morale, participation à l'Œuvre de sauvetage des nouveau-nés.

Gratuité totale. — Externat. Internat : s'inscrire pour le concours d'entrée. Rentrée prochaine : 9 novembre 1942.

Nécrologie

Le Dr J. L. Henrotay, médecin chef de la maternité d'Anvers, président de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, président du Congrès des gynécologues et obstétriciens de Langue française, décédé à Anvers à l'âge de 77 ans.

— Le Dr Ducoulombier, à Mouvaux (Nord).

— Le Dr Emile Buc, ancien interne des hôpitaux de Paris (1911), médecin chef du sanatorium d'Angicourt.

— Le Dr Henri Chenet, décédé 170, rue de l'Université, à Paris.

— Le Dr G. Lanique (de Nancy), décédé à Grenoble, le 2 août 1942.

— M. Albert Salmon, docteur en pharmacie, directeur de la Coopération pharmaceutique française, à Melun, décédé accidentellement.

Nous avons l'honneur d'informer le Corps Médical et Pharmaceutique que le GAMBÉOL, l'ACTIPHOS, l'HÉMOPYLORE "3", le GLOBIRON et le CALYPTOL, sont désormais réunis sous la raison sociale

Laboratoire Roger Bellon
S. A. R. L.
L. FERRAND
Ex-Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris — Pharmacien-Gérant
Z. O. : 78 bis, Avenue Marceau — PARIS
Z. L. : 24, Chemin de Saint-Roch — AVIGNON

CORRESPONDANCE

A propos de l'intoxication par le bromure de méthyle

Un de nos lecteurs nous signale une omission dans notre actualité sur l'intoxication par le bromure de méthyle parue dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 27, 1er août 1942.

Il convient, en effet, de rappeler qu'une mise au point récente de la question, avec indications bibliographiques et commentaire d'une observation de Gaston et Pierron a été faite par MM. Roger et Hawthorn dans la *Presse Médicale* du 29 octobre 1941 ; ce travail a d'ailleurs été cité par Pagniez et Plichet dans leur communication à la Société Médicale des Hôpitaux, le 24 avril 1942.

Le cadre adopté pour nos actualités non plus que l'espace très mesuré dont nous disposons actuellement nous interdisent malheureusement toute bibliographie un peu étendue.

R. L.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Des réformes médicales

Il est fort malaisé de faire des réformes dans notre profession. L'état présent des choses n'est pas un simple effet du hasard, il a été établi par l'expérience et aussi par une longue patience. C'est lentement, après de mûres réflexions et des études prolongées qu'ont été apportées les améliorations utiles. On a ainsi abouti à des formules qui ont pour elles au moins le fait de l'existence et celui de la durée. Les réformateurs ne voient souvent les questions que sous un de leurs aspects et rarement le plus important ; ils négligent parfois le fond pour la forme.

Cette erreur est grave : elle fait qu'au lieu d'être constructives les réformes sont trop fréquemment destructives. Sous le prétexte qu'un point secondaire est déficient ou déplaisant, on renverse l'ensemble sans s'inquiéter de ce qu'il pouvait présenter d'utile ou de nécessaire. Des choses qui ne sont peut-être pas parfaites sont remplacées par d'autres qui le sont encore moins. On tombe de mal en pis et on se trouve ainsi entraîné à remettre périodiquement l'affaire en chantier.

Ce n'est pas ainsi qu'ont été accomplies les grandes réformes qui ont fait époque dans l'Histoire. Au lieu de se laisser hypnotiser par un avenir problématique, on ne manquait pas de donner toute son attention au passé ; on peut même dire que c'était à travers ce passé, plutôt qu'en imagination, qu'on envisageait l'avenir : que c'était grâce à ce qu'on avait su rechercher, conserver, reprendre dans ce passé que la réforme entreprise réussissait. N'est-ce pas la méthode qui a été employée au seizième siècle et qui nous a valu la Renaissance ?

C'est pour ne pas avoir suivi cette méthode qu'on a vu tant de réformes successives et inopérantes dans bien des domaines ; c'est ce qui s'est produit pour la réforme des études médicales où les commissions se suivent avec le même insuccès ; si on considère que la dernière en date ne comprend ni membre de l'Académie de Médecine, ni doyen, ni directeur d'école, on peut augurer de la fragilité de ses décisions.

On a aussi voulu réformer la fiscalité médicale ; le forfait envisagé s'est révélé impraticable ; au lieu de revenir à ce qui avait été possible et suffisant, on a voulu envers et contre tout faire du nouveau : on paraît aboutir ainsi à un système mixte qui n'aura plus les avantages que l'un ou l'autre pouvait présenter, mais qui associera les inconvénients des deux.

Les réformes demandent du temps pour les étudier et de la stabilité pour construire sur des bases solides. Qui peut sérieusement penser que les temps que nous traversons soient favorables à de telles entreprises ?

A. Herpin.

P.-S. — Cet article était composé lorsqu'est parue à l'*Officiel* l'adjonction à la Commission du directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes. Rappelons toutefois qu'il y a également des facultés de médecine et des doyens.

H.

LIVRES NOUVEAUX

La Thérapeutique du nourrisson en clientèle, par M. le professeur Pierre Nobécourt et M. Marcel Maillet. 4e édition. Un vol. in-8° de 1.080 pages (Bibliothèque des praticiens, publiée sous la direction du Dr Ch. Fiessinger). Librairie Maloine, Paris 1942.

Voici la quatrième édition d'un ouvrage qui a vu le jour en 1923. La rapidité avec laquelle se sont succédées les éditions prouve le succès légitime que ce manuel — qui est un magnifique traité — a rencontré auprès des praticiens.

Si la médecine et la thérapeutique évoluent avec une rapidité bien souvent déconcertante, la pédiatrie s'enrichit tous les jours de conceptions nouvelles. Les circonstances font d'autre part que les régimes comme les médications prennent une importance exceptionnelle. Les praticiens qui ne peuvent pour chaque cas difficile aller consulter le maître, sont heureux de trouver sur leur table la réponse à chacune des questions qui se présentent. L'ouvrage de MM. Nobécourt et Maillet répond pleinement à leurs besoins.

Après des considérations générales sur la sémiotique, le diagnostic et le traitement des maladies de la première enfance, les auteurs, dans une première partie, traitent de l'*hygiène*, des *médications* et *méthodes thérapeutiques*. L'alimentation, la question du lait, les régimes sont l'objet d'une étude très complète.

Le *traitement des symptômes*, notamment la question de la fièvre et de l'hypothermie font l'objet de la deuxième partie.

Enfin la troisième partie est consacrée, et c'est de beaucoup la plus importante, au traitement des affections et maladies de l'enfance.

On retrouvera dans ce bel ouvrage la clarté et la forte documentation qui ont toujours caractérisé l'enseignement clinique du professeur Nobécourt. Il faut le remercier de prolonger cet enseignement en réunissant les conseils que lui dictent sa science et sa longue expérience.

F. L. S.

Carence calcique et régime alimentaire (phosphore, calcium, vitamine D), par H. et M. Hinglais, chefs de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. Préface du professeur Fourneau. Un volume de 92 pages avec 9 figures (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications n° 31). Masson et Cie, éditeurs.

On s'est beaucoup préoccupé, depuis quelque temps, de l'insuffisance du régime actuel au double point de vue de l'énergétique et de l'apport en vitamines. On s'est beaucoup moins intéressé, en revanche, à l'évaluation précise des apports minéraux de la ration. C'est ainsi que les auteurs ont été amenés à constater que, au moins autant que les vitamines, certains sels minéraux d'importance primordiale sont actuellement déficients dans la ration. Il en est ainsi pour le fer, pour l'iode et surtout, à un haut degré, pour le calcium et le phosphore.

Pour ces deux derniers éléments en particulier, et pour la vitamine D qui ne saurait en être séparée, l'étude précise des besoins et des apports révèle qu'il existe à cet égard, en France notamment, une insuffisance permanente et très générale, même en période alimentaire normale.

A l'inverse, en effet, de la plupart des éléments minéraux essentiels, qui satisfont aux besoins de l'organisme à des doses si faibles, ou qui sont si largement représentés dans les produits naturels, le phosphore et le calcium sont des éléments dont l'organisme a des besoins quotidiens considérables et dont l'apport — pour le calcium du moins — est très parcimonieux dans les éléments usuels.

Les auteurs suppléent à l'absence de données précises sur la grandeur des besoins aux différents âges, sur la teneur des différents aliments en calcium et sur le coefficient réel d'utilisation du calcium alimentaire. En outre, ils posent solidement les principes d'une alimentation phospho-calcique rationnelle.

Les dessanglés du ventre, par le Dr L. Chauvois. Un vol. in-8°, 192 pages, 110 fig., 7 planches. Prix : 60 francs. Maloine, éd., Paris, 1942.

A une époque où la dureté de la vie et l'insuffisance de l'alimentation amènent dans notre organisme un déséquilibre permanent, l'étude des « dessanglés du ventre » reprend une actualité nouvelle. Il faut louer le Dr Chauvois de nous donner aujourd'hui, sur ce sujet, une troisième édition d'un excellent volume qui fut déjà fort apprécié lors de son apparition. Avec le même intérêt que naguère, on lira les pages consacrées à l'anatomie des dessanglés et à leurs troubles pathologiques, à l'étiologie enfin de la déchéance musculaire des ptosiques. Signalons surtout les chapitres relatifs aux moyens chirurgicaux ou hygiéniques propres à combattre cette déchéance.

Pour l'agrément du lecteur, M. Chauvois emploie, avec beaucoup d'esprit, un certain nombre d'aphorismes qui lui permettent de mettre en valeur certaines vérités essentielles. Cette forme ingénieuse d'enseignement sera à coup sûr très appréciée.

L. G.

L'Infirmière hospitalière (guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale, Bordeaux). 2 volumes avec figures. Tome I. Organisation de la profession d'infirmière. Soins généraux aux malades. Médecine. Prix : 44 francs. — Tome II. Chirurgie. Obstétrique. Puériculture et médecine infantile. Oto-rhino-laryngologie. Ophtalmologie. Physiothérapie. Prix : 46 francs. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs.

La formation des infirmières, par le Dr Arlette Butavand, médecin de l'Ecole d'infirmières et de visiteuses de Lyon et du Sud-Est, médecin des dispensaires d'hygiène sociale. Préface de Jean Lépine, de l'Institut. 1 volume de 184 pages. Prix : 58 fr. 50. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)



LAXATIF - CHOLAGOGUE - VERMIFUGE - ANTISEPTIQUE INTESTINAL

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS DOSÉS { *à un milligramme, à un quart et à un demi-centigramme* / *à un, deux et cinq centigrammes* }

MÉDICAMENT de CHOIX en MÉDECINE INFANTILE

LABORATOIRES VICARIO, 17, Bd HAUSSMANN - PARIS (9e)

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux glucanates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambatalyl.

MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

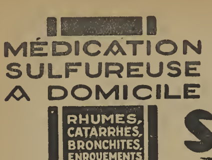
SOJAMINOL
COMPRIMÉS

LABORATOIRE du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

FLÉTAGEX
POMMADE VITAMINÉE
Plaies atones
Escarres
Brûlures
Eczémas

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE
SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL — 4, Rue Platon, PARIS (XVe)



SULFUREUX POUILLET

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EN BOISSON
Une mesure pour 1 verre d'eau sulfureuse.
Échantillon sur demande.

EN BAINS
1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS
1 à 2 compr. par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS

Dyspepsie
Gastralgie
Hyperchlorhydrie

sel de hunt

laboratoire Alph. Brunot,
16, rue de boulainvilliers,
paris-xvi^e





N° 30. — 10 SEPTEMBRE 1942 115e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'ASSISTANTS EN OBSTÉTRIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le mardi 27 octobre 1942, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage). Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite. MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de quatorze heures à dix-sept heures, depuis le jeudi 1er octobre jusqu'au lundi 12 octobre 1942 inclusivement.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'ASSISTANTS EN STOMATOLOGIE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le mardi 10 novembre 1942, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage). Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite. MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de quatorze heures à dix-sept heures, depuis le lundi 19 octobre jusqu'au mardi 27 octobre 1942 inclusivement.

CONCOURS SPÉCIAL POUR LA NOMINATION A QUATRE PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours sera réservé : 1° Aux candidats titulaires d'une ou deux admissibilités acquises sous le régime antérieur et qui ne sont pas forclos ; 2° Aux candidats qui, si un concours avait été ouvert en 1940 à la date réglementaire du lundi 12 février 1940, auraient rempli les conditions exigées pour s'inscrire. Ce concours sera ouvert le lundi 19 octobre 1942, à 9 heures, à l'Administration Centrale (Salle du Conseil de Surveillance), 3, avenue Victoria (2e ét.). Les inscriptions seront reçues au Bureau du Service de Santé de l'Administration de l'Assistance publique (escalier A, 2e étage) de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés) du lundi 21 septembre au lundi 5 octobre 1942 inclusivement. Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE CHIRURGIEN RÉSIDENT DE LA FONDATION PAUL MARMOTTAN, 19, rue d'Armaillé, Paris (17e). — Ce concours sera ouvert le jeudi 22 octobre 1942, à 11 h. 30, à l'Administration Centrale (Salle du Conseil de Surveillance), 3, avenue Victoria (2e étage). MM. les Drs en Médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage) tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 heures à 17 heures, depuis le lundi 5 octobre jusqu'au mercredi 14 octobre 1942 inclusivement.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). — CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE MÉDECIN PHTISIOLOGUE. — Ce concours sera ouvert le vendredi 6 novembre 1942, à 9 heures, dans la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (2e étage), Paris (4e). Inscription du lundi 12 octobre au jeudi 22 octobre 1942 inclusivement, de 14 heures à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), au Bureau du Service de Santé de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE D'OPHTALMOLOGISTE. — Ce concours sera ouvert le mercredi 25 novembre 1942, à 9 heures, dans la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (2e étage), Paris (4e). Inscription du lundi 2 novembre au jeudi 12 novembre 1942 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), au Bureau du Service de Santé de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage).

Hôpital de Fontainebleau (Seine-et-Marne). — CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE MÉDECIN ADJOINT. — Un concours sur titres sera ouvert le samedi 24 octobre 1942, à 11 heures, dans la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (2e étage), Paris (4e). Inscription du lundi 5 octobre au jeudi 15 octobre 1942 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), au Bureau du Service de Santé de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage).

Hôpital de Melun (Seine-et-Marne). — CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE MÉDECIN CHARGÉ DE LA SECTION DE L'HOSPICE. — Ce concours sera ouvert le mercredi 28 octobre 1942, à 9 heures, dans la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (2e étage), Paris (4e). — Inscription du jeudi 1er octobre au lundi 12 octobre 1942 inclusivement, de 14 heures à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés) au Bureau du Service de Santé de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris (3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage).

CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE D'OPHTALMOLOGISTE. — Ce concours sera ouvert le mardi 17 novembre 1942, à 9 heures, dans la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (2e étage), Paris (4e). Inscription du jeudi 22 octobre au mardi 3 novembre 1942 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), au Bureau du Service de Santé de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage).

Hôpital de Provins (Seine-et-Marne). — CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE CHIRURGIEN. — Ce concours sera ouvert le jeudi 29 octobre 1942, à 9 heures dans la Salle du Conseil de Surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria (2e étage), Paris (4e). Inscription du lundi 5 octobre au jeudi 15 octobre 1942 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés) au Bureau du Service de Santé de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris (3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage).

Hôpital de Bar-le-Duc. — UN CONCOURS sera ouvert le mardi 27 octobre 1942, à 9 heures du matin, dans les Services des hospices civils de Nancy, pour la nomination à un poste de MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE BAR-LE-DUC.

MM. les Docteurs en médecine, qui désireront concourir, devront se faire inscrire pour le 15 septembre 1942, aux bureaux de l'hôpital de Bar-le-Duc.

Les candidats absents ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

LENIFEDRINE

Solution Aqueuse

NON CAUSTIQUE

ÉCHANTILLONS : 26, RUE PÉTRELLE, PARIS (9e)

Faculté de Médecine de Lyon. — Par arrêté en date du 6 août 1942, sont nommés, à compter du 1er octobre 1942, professeurs sans chaire à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon : MM. Gabrielle et Chambon, agrégés pérennisés près de cette même faculté.

(*J. O.*, 29 août 1942.)

Ecole de Médecine de Tours. — M. le Dr Denoyelle, professeur à l'Ecole de Médecine de Tours, est nommé directeur de l'Ecole pour une période de trois ans.

Légion d'honneur. — Guerre. — *Chevalier à titre posthume :* Médecin-Capitaine Ferrari, du 77e Régiment d'Infanterie, a été cité ; Médecin-Capitaine Coy, du 3e Régiment d'Infanterie Coloniale, a été cité ; Médecin-Lieutenant Armand Mingasson, du 16e Régiment d'Infanterie Coloniale, Croix de guerre avec palme ; Médecin-Lieutenant Ficinetti, comp. hippo de quartier général 29-15, a été cité.

Médaille d'honneur des épidémies (Algérie). — *Médaille d'Or à titre posthume :* M. le Dr Chapulliot (Edmond), médecin communal à Mouzaïaville (Alger).

— Par arrêté en date du 29 août 1942, la Médaille d'Or des épidémies a été décernée, à titre posthume, à MM. les Drs Arena (Jean), médecin communal à Tébessa, et Tordjman (Ernest), médecin à Guelma.

Santé publique. — Par décret en date du 13 août 1942 (« J. O. », 21 août 1942), il est institué un diplôme d'Etat de moniteur de gymnastique médicale. Ce diplôme est délivré après deux années d'études dans une école agréée. Il est exigé de toute personne pratiquant la gymnastique médicale ou orthopédique dans un établissement public.

A titre transitoire et pendant deux ans, à dater du 13 août 1942, les spécialistes exerçant actuellement pourront être admis à subir un examen sur titres et sur épreuves en vue de l'obtention du diplôme.

Médecins relevés de l'interdiction. — Le « Journal Officiel » des 24-25 août 1942 publie un arrêté portant interdiction et autorisation d'exercice de leur profession à certains praticiens d'origine étrangère.

Voir la suite des Informations page 370

Ordre National des Médecins

Conseil Supérieur de l'Ordre
60, Boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e)

La Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers du Conseil Supérieur de l'Ordre a été avisée des accords intervenus au sujet de la relève des médecins prisonniers.

Cette relève serait effectuée par échelons successifs et intéresserait la totalité des médecins maintenus en captivité.

La durée du séjour effectif en Allemagne vient d'être fixée à un an par les Autorités allemandes, pour les médecins effectuant la relève.

Devant l'importance des mesures prises la Commission fait, de nouveau, un pressant appel en vue d'augmenter le nombre des volontaires déjà inscrits.

Au besoin, des désignations d'office viendront compléter les effectifs nécessaires.

La solution est maintenant urgente.

Ecrire à l'Ordre National des Médecins (Commission de protection des intérêts des Médecins prisonniers), 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e).

Nécrologie

Victor-Lucien Hahn
(1872-1942)

Nous avons appris aves une vive peine la mort survenue à Paris, le 2 septembre, du Dr Victor-Lucien Hahn, conservateur honoraire de la Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris, Chevalier de la Légion d'honneur à titre militaire. Cette peine sera partagée par tous ceux, et ils sont nombreux, qui eurent depuis quarante ans recours à l'obligeance proverbiale et à l'érudition jamais en défaut de ce savant confrère.

V.-L. Hahn appartenait à une belle famille médicale d'origine alsacienne. Il était né le 16 septembre 1872 en Algérie, à Batna, où son père était médecin militaire. Après avoir fait ses études au lycée de Mâcon, il commença sa médecine à Paris. Suivant l'exemple de son oncle Louis Hahn, alors bibliothécaire en chef de la Faculté de Médecine, il fut attiré par la bibliographie et dès 1892 remplit auprès de lui les fonctions de bibliothécaire auxiliaire. En 1936, il est titularisé et peu après il succède à son oncle et donne toute sa mesure. Outre sa thèse, passée en 1897, et consacrée à un essai de bibliographie médicale et à une étude des principaux répertoires bibliographiques concernant les sciences médicales, on lui doit de nombreuses publications historiques ou bibliographiques. Son labeur absorbant à la Faculté ne l'empêcha pas aussi d'assurer la parfaite organisation de la bibliothèque de la Société Nationale de Chirurgie (Académie de Chirurgie).

Fils, neveu, frère de médecin, Victor-Lucien Hahn laisse deux enfants qui appartiennent également à notre profession.

Que son fils, le Dr André Hahn, l'actuel bibliothécaire en chef de la Faculté de Médecine de Paris, que sa fille, Mme le Dr G.-A. Astre-Hahn (de Tunis), veuillent bien trouver ici l'expression bien vive de notre profonde sympathie.

F. L. S.

On annonce la mort, survenue à Bordeaux le 28 juin 1942, du médecin général inspecteur du cadre de réserve Georges Lemoine, correspondant national de l'Académie de Médecine depuis 1919 dans la section d'hygiène.

M. Lemoine avait été professeur d'hygiène au Val-de-Grâce ; on lui doit des travaux importants sur l'hygiène, sur la tuberculose, sur les maladies infectieuses, notamment la scarlatine, la rougeole, la méningite cérébro-spinale. Pendant la guerre 1914-1918 il fut médecin d'armée puis inspecteur général d'un groupe d'armées. Sa haute valeur scientifique autant que sa courtoisie toujours égale envers ses confrères lui ont assuré le respect et l'affection de tous ceux qui ont eu l'honneur de servir sous ses ordres.

— Le Dr Alphonse Gorisse, décédé à Fretin (Nord).

— Le Dr Paul Delobel, à Lille.

— Le Dr Degrais, chef du service de radiumthérapie au Centre anticancéreux de l'hôpital Necker, décédé victime du devoir professionnel.

— Mme le Dr Suzanne Lecomte-Lorsignol, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Rouen.

— Le Dr Raymond Despiney, à Lyon.

Sulfamidothérapie 1942. — Ce cahier, édité par le Service Médical Français, sera envoyé gracieusement aux médecins qui ne l'auraient pas reçu, sur demande adressée à l'Office Central de Documentation, 116, boulevard Raspail, Paris (6e).

CORRESPONDANCE

Sur les œdèmes d'origine alimentaire

par H. Gounelle

L'article de MM. Warembourg, Poiteau et Biserte, sur quelques cas d'œdèmes d'origine alimentaire, paru dans la *Gazette des Hôpitaux* le 4 avril 1942, rassemble dans une étude d'ensemble la synthèse des travaux effectués ces derniers mois en France sur la question des œdèmes de dénutrition. Certains passages concernant nos travaux avec Marche et Bachet étant susceptibles de prêter à interprétation différente de celle que nous voulions exprimer, nous tenons à préciser les points ci-après :

1° Nous n'avons pas trouvé chez nos œdémateux de glycémie très abaissée, comme nous l'ont fait dire les comptes rendus de presse, puisqu'à la période d'état elle s'inscrivait de 0,82 à 1,24 (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 11 juillet 1941, p. 642).

2° L'hypoalbuminémie avec rapport élevé, que nous avions constatée trois fois à la phase antœdémateuse, *est une hypoalbuminémie par hypoglobulinémie et non par hyposérinémie* (Soc. de Biologie, 11 octobre 1941). C'est un point fort important et sur lequel nous sommes revenus (Ibidem, 13 juin 1942) ayant pu le confirmer sur d'autres sujets ; l'hyposérinémie ne précède pas l'œdème, elle l'accompagne seulement fréquemment.

3° L'ingestion de caséine à la dose de 150 grammes par jour *pendant un mois* en plus du régime courant de l'asile n'influence pas notablement l'œdème, *alors même que les taux des protides du sang* redeviennent normaux (Ibidem, 25 octobre 1941).

Nous venons d'apporter à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (10 juillet 1942) une étude critique sur le rôle joué par les protides du sang dans l'œdème de dénutrition ; nous nous éloignons de la thèse qui considère l'œdème comme lié à l'hyposérinémie, et nous basons notamment une part de notre argumentation sur les faits consignés aux alinéas 2 et 3 précités : à la lumière de faits nouveaux, une théorie endocrinovégétative apparaît plus plausible. Nous remercions MM. Warembourg, Poiteau et Biserte d'avoir bien voulu accepter cette petite note qui précise notre opinion sur certains points.

SINAPISME
RIGOLLOT
RÉVULSION RAPIDE ET SURE
POUDRE DE MOUTARDE
RIGOLLOT
POUR USAGE MÉDICAL
Cataplasmes sinapisés - Grands Bains
Bains de Pieds
Vente en gros :
DARRASSE, Phcien, 13, rue Pavée, PARIS
R. C. 17.602

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe



BELLADENAL
SPASMOLYTIQUE RENFORCÉ - SPÉCIFIQUE DES
ÉTATS DE CRISE ET DES CAS RÉSISTANTS
1 A 4 COMPRIMÉS PAR JOUR - ÉPILEPSIE : JUSQU'A 6 COMPRIMÉS
PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (17e) - B. Joyeux, Docteur en Pharmacie

LA 9ME ÉDITION DU

FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**

Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00

Laboratoires LE PERDRIEL

Anémie - Convalescence
BIOSINE LE PERDRIEL

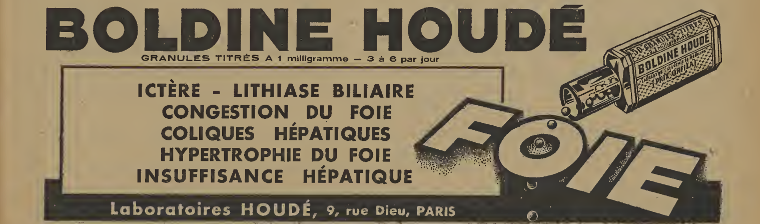
Toux de toutes natures
TOLEM LE PERDRIEL

Goutte - Gravelle
Rhumatismes
SELS DE LITHINE EFFERVESCENTS LE PERDRIEL

Antiseptique - Cicatrisant
Détersif
COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

Succédané naturel de l'huile de foie de morue
FUCOGLYCINE du Dr GRESSY





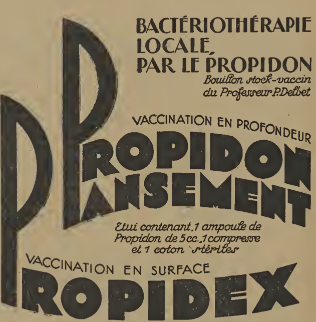
FLUXINE

Gouttes et Dragées



Laboratoires J. LAROZE – 54, rue de Paris – Charenton (Seine)





DANS TOUS LES CAS DE :

EFFRACTION DU REVÊTEMENT CUTANÉ
INFECTION CUTANÉE A PYOGÈNES
MENACE D'EXTENSION DE L'INFECTION
CICATRISATION RETARDÉE PAR L'INFECTION

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
• 21, RUE JEAN GOUJON • PARIS 8e •

OVOCYCLINE *Noms déposés* LUTOCYCLINE

Hormone folliculaire cristallisée — *Hormone du corps jaune cristallisée*

CIBA

THÉRAPEUTIQUE DU CYCLE OVARIEN

Comprimés - Ampoules

LABORATOIRES **CIBA** - Dr P. DENOYEL, 103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON

L'HYPERTROPHIE STATURALE SIMPLE PHYSIOLOGIQUE

par le Professeur Pierre NOBÉCOURT
de l'Académie de Médecine

Les parents se préoccupent souvent de la *croissance staturale* de leurs enfants, soit à juste titre, soit sans motif réel. Je ne compte plus les enfants qui m'ont été présentés, les uns parce qu'on estimait leur croissance insuffisante et leur taille trop petite, les autres parce que leur croissance paraissait exagérée et leur stature trop élevée. En pareille circonstance, l'anthropométrie et l'examen clinique m'ont permis de conclure tantôt que la taille était, en réalité, moyenne et la croissance régulière, tantôt qu'il y avait bien une réduction ou un excès de la stature, de l'*hypotrophie* ou de l'*hypertrophie staturales*.

Celles-ci peuvent être *symptomatiques* d'un état morbide ou, au contraire, rentrer dans le groupe des *phénomènes physiologiques*. Il importe de discriminer ces deux ordres de faits.

Je vais étudier l'HYPERTROPHIE STATURALE SIMPLE, PHYSIOLOGIQUE (1).

***

L'HYPERTROPHIE STATURALE, c'est-à-dire la taille supérieure à la moyenne pour l'âge et le sexe, est fréquente chez les enfants, chez les garçons comme chez les filles.

Du point de vue sémiologique, les faits se classent en deux grands groupes :

1° L'*hypertrophie staturale complexe*, caractérisée par une stature élevée, une dysharmonie morphologique et souvent des symptômes qui traduisent une affection susceptible de jouer un rôle dans l'hypercroissance.

2° L'*hypertrophie staturale simple*, qui comporte une stature élevée et une morphologie harmonieuse, sans symptômes d'une affection susceptible de jouer un rôle dans l'hypercroissance.

C'est une *hypertrophie staturale physiologique*, tandis que les individus présentant une hypertrophie complexe sont des malades.

Les enfants et les jeunes qui ont de l'HYPERTROPHIE STATURALE PHYSIOLOGIQUE présentent un certain nombre de *caractères anthropométriques* qui, joints à la négativité de *l'examen clinique*, permettent de la reconnaître.

Caractères anthropométriques. — A. — La *taille* est supérieure à la stature moyenne des sujets du même âge et du même sexe. *L'excès statural*, c'est-à-dire la différence entre la taille du sujet et la taille moyenne, diffère d'un cas à l'autre. Pour permettre la comparaison entre les individus, on calcule cet excès pour 100, d'après la formule suivante :

$$\frac{\text{Excès statural en cm.} \times 100}{\text{Taille moyenne en cm.}} = \text{excès statural pour 100 cm.}$$

On peut admettre qu'*avec un excès statural de 5 % au maximum*, une taille *reste dans les limites moyennes*.

Pour *classer les faits suivant le degré de l'hypertrophie*, j'admets, d'une façon quelque peu arbitraire, évidemment, que l'hypertrophie staturale est :

Légère,	avec un excès statural de 6 à 9 %
Moyenne,	» » » 10 à 14 %
Forte,	» » » 15 à 19 %
Très forte,	» » » 20 % et au delà.

L'hypertrophie staturale très forte voisine avec le *gigantisme*. Mais ce mot a des interprétations différentes suivant les auteurs ; son emploi soulève des discussions qui n'ont pas leur place ici.

A ces excès de stature correspondent des tailles diverses. Par exemple, un garçon de 12 ans 6 mois, dont la taille moyenne est de 142 cm. aura, pour les tailles suivantes, les hypertrophies staturales suivantes :

TAILLE	HYPERTROPHIE STATURALE
149 cm. 5 à 154 cm. 5	légère
156 cm. à 161 cm. 5	moyenne
163 cm. à 169 cm.	forte
170 cm. 5	très forte

(1) NOBÉCOURT (P.). *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance*, 1928. VIII, Les hypertrophies staturales de l'enfance (6 décembre 1924). — *Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*, 1936. III, Séméiologie des hypertrophies staturales de l'enfance et de la jeunesse (30 mai 1931). Masson et Cie, Paris.
Remarques sur les hautes tailles dans l'enfance et la jeunesse, *Le Progrès médical*, 26 octobre 1929, n° 43, p. 1773.
Sur les enfants de haute stature, *Le Concours médical*, 5 janvier 1930, p. 23.
NOBÉCOURT (P.) et KAPLAN (M.): Les hypertrophies staturales et le gigantisme in. NOBÉCOURT (P.) et BABONNEIX (L.). *Traité de médecine des enfants*. Masson et Cie, Paris 1934, tome I, p. 116.

Pour une fille du même âge (12 ans 6 mois) dont la taille moyenne est de 144 cm., l'hypertrophie staturale sera, pour les tailles suivantes :

TAILLE	HYPERTROPHIE STATURALE
152 cm. 5 à 157 cm.	légère
158 cm. 5 à 164 cm.	moyenne
165 cm. 5 à 171 cm.	forte
172 cm. 5	très forte

Les hypertrophies staturales physiologiques légères et moyennes, surtout les premières, sont communes, les fortes beaucoup plus rares, les très fortes exceptionnelles.

B. — La hauteur du *buste* (B) et la hauteur réduite des *membres inférieurs* (S), dont la somme est la taille, le *rapport de Manouvier* $(\frac{S}{B})$, sont généralement conformes aux moyennes pour la taille ou s'en éloignent peu. Le sujet est *mésoskèle* ou présente une *macroskélie légère* (excès du rapport sur la moyenne de 0,05 à 0,09). Cette constatation est importante. Une macroskélie plus forte doit suggérer des réserves sur le caractère physiologique de l'hypertrophie staturale : elle témoigne d'un allongement exagéré des membres inférieurs par rapport à l'allongement du buste. Paul Godin remarque très justement : « Un garçon ou une fille de 13 à 16 ans qui fait un accroissement notable par les membres inférieurs est déjà de ce fait suspect à un éducateur averti. » Normalement, en effet, chez la fille, pendant la treizième année, chez le garçon, pendant la seizième, l'accroissement en longueur des membres inférieurs cesse de prédominer sur celui du buste, alors qu'il était plus important jusque-là.

C. — Le *poids*, qui relève de facteurs différents de ceux de l'accroissement statural, et le *rapport du poids à la taille* sont divers. Tantôt ils sont conformes aux moyennes pour la taille ; tantôt ils leur sont plus ou moins inférieurs, mais plus ou moins supérieurs aux moyennes pour l'âge. L'examen clinique permet d'apprécier la part de la graisse, des muscles, du squelette dans la constitution du poids ; cette part est différente suivant l'âge et le sexe. Il est rare que le poids et le rapport du poids à la taille soient supérieurs aux moyennes pour la taille ; quand l'excès dépasse 15 %, il s'agit généralement d'obèses.

D. — Le *périmètre thoracique* (1), mesuré à la hauteur de l'appendice xiphoïde, est, le plus souvent conforme, parfois inférieur, assez souvent supérieur, à la moyenne pour l'âge. Dans cette dernière éventualité, il se rapproche plus ou moins de la moyenne pour la taille et peut même être conforme à celle-ci. Par suite, le *rapport du périmètre thoracique à la taille* est, le plus souvent, inférieur à la moyenne pour l'âge et, *a fortiori*, pour la taille ; parfois il se rapproche à la moyenne pour la taille ; rarement il est conforme à celle-ci. On précise, par l'examen clinique, la part respective du pannicule adipeux et de la cage thoracique dans la constitution du périmètre.

La fille et le garçon ont un comportement quelque peu différent.

Les filles ont, plus souvent que les garçons, des périmètres thoraciques inférieurs aux moyennes pour l'âge. On sait qu'à partir de 10 à 12 ans l'amincissement relatif de la ceinture est un des caractères de la morphologie féminine.

Les garçons ont, au contraire, plus souvent que les filles, des périmètres supérieurs aux moyennes pour l'âge, se rapprochant plus ou moins des moyennes pour la taille et même conformes à celles-ci.

Somme toute, les enfants et les jeunes gens qui présentent de l'hypertrophie staturale physiologique, ont souvent, les filles plus que les garçons, des thorax trop étroits et des rapports du périmètre à la taille trop faibles pour leurs tailles.

E. — Connaissant la taille, le poids, le périmètre thoracique, on calcule le *coefficient de Pignet* : T — (P + Pt). Ce n'est pas un *coefficient de robusticité*. Il traduit la *corpulence*. Celle-ci est en raison inverse du coefficient, d'autant plus faible que celui-ci est plus élevé, d'autant plus forte que celui-ci est plus bas.

Chez les enfants et les jeunes gens qui présentent de l'hypertrophie staturale physiologique, le coefficient, comparé avec la moyenne pour la taille, offre trois modalités principales :

Première modalité. — Le coefficient est conforme parce que la taille, le poids, le périmètre thoracique le sont également. La corpulence est moyenne.

2e modalité. — Le coefficient est supérieur parce que le poids ou le périmètre thoracique ou généralement les deux sont inférieurs aux moyennes. La corpulence est faible.

3e modalité. — Le coefficient est inférieur parce que soit le poids, soit le périmètre thoracique, soit les deux, sont supérieurs aux moyennes. La corpulence est forte.

La deuxième modalité, c'est-à-dire une corpulence faible, est la plus habituelle, du fait de l'étroitesse relative du thorax pour la taille. Aussi les enfants et les jeunes gens, qui présentent de l'hypertrophie staturale physiologique sont souvent menus, élancés. Il ne faut pas en conclure qu'ils sont maigres ou ont un thorax étriqué. Cet aspect

(1) NOBÉCOURT (P.). Le périmètre thoracique des enfants et des jeunes gens de haute stature. — Le rapport du périmètre thoracique à la taille des enfants et des jeunes gens de haute stature. *Gazette des Hôpitaux*, 6 décembre 1930, n° 98, p. 1749 et 7 mars 1931, n° 10, p. 361.

est la conséquence de la succession des accroissements : les sujets s'allongent d'abord, puis leur poids et leur périmètre thoracique augmentent à leur tour. On retrouve les mêmes différences dans les habitus des enfants et des jeunes gens dont la croissance staturale est moyenne. Cette morphologie n'est pas définitive ; elle se modifie avec l'âge ; plus ou moins tôt, pendant la période pubérale et la jeunesse, les caractères anthropométriques deviennent conformes aux moyennes, conformes à la taille.

Voici, à titre d'exemple, les *caractères anthropométriques d'un garçon de 12 ans 6 mois*, Marc, que j'ai vu récemment et chez qui j'ai reconnu une hypertrophie staturale simple, physiologique, moyenne (1).

Taille : 160 cm. au lieu de 142 cm. Excès statural : 18 cm., soit 12,6 %. Taille d'un garçon de 15 ans 6 mois.

Caractères anthropométriques comparés avec ceux des garçons de 12 ans 6 mois, dont Marc à l'âge, et 15 ans 6 mois, dont il a la taille.

	Marc	Garçons de 12 ans 6 mois	Garçons de 15 ans 6 mois
Poids	44 kg. 500	32 kg.	47 kg. 950
Périmètre thoracique	71 cm. 5	65 cm. 5	75 cm.
Poids / Taille	278	225	299
Périmètre thoracique / Taille	0,446	0,461	0,468
Coefficient de Pignet	44	44,5	37

Le poids est supérieur de 12 kg. 500 (39 %) à la moyenne pour l'âge, inférieur de 3 kg. 450 (7,1 %) à la moyenne pour la taille.

Le rapport du poids à la taille est supérieur de 53 (23,5 %) à la moyenne pour l'âge, inférieur de 21 (7 %) à la moyenne pour la taille.

Le périmètre thoracique est supérieur de 6 cm. (9,1 %) à la moyenne pour l'âge, inférieur de 9 cm. 5 (14,5 %) à la moyenne pour la taille.

Le rapport du périmètre thoracique à la taille est inférieur de 0,015 (3,2 %) à la moyenne pour l'âge, de 0,022 (4,7 %) à la moyenne pour la taille.

Le coefficient de Pignet est conforme à la moyenne pour l'âge, supérieur de 7 (18,9 %) à la moyenne pour la taille.

Somme toute, par le poids et le rapport du poids à la taille, Marc se rapproche plus des garçons de 15 ans et demi que de ceux de 12 ans et demi ; par le périmètre thoracique et par le coefficient de Pignet, qui est élevé à cause du faible périmètre thoracique, il se rapproche des garçons de 12 ans et demi. Il présente donc un certain déséquilibre somatique, mais qui n'implique pas un état pathologique. Il a d'ailleurs l'apparence de la santé et l'examen médical ne révèle aucun symptôme d'une affection ou d'une maladie susceptibles d'avoir causé l'hypercroissance.

Voici maintenant les *caractères anthropométriques d'une fille de 12 ans*, Louise, qui présente une hypertrophie staturale légère.

Taille : 151 cm. au lieu de 142 cm. ; excès statural : 9 cm. (6,3 %). Taille d'une fille de 14 ans 6 mois.

	Louise	Filles de 12 ans	Filles de 14 ans 6 mois
Buste	79 cm. 5	74 cm.	79 cm. 5
Membres inférieurs	71 cm. 5	68 cm.	71 cm. 5
Rapport de Manouvrier	0,899	0,918	0,899
Poids	34 kg.	34 kg.	42 kg. 300
Périmètre thoracique	60-65 = 62 cm. 5	65 cm.	75 cm.
Poids / Taille	225	239	280
Périmètre thoracique / Taille	0,413	0,457	0,496
Coefficient de Pignet	54,3	43	33,5

Les hauteurs du buste et des membres inférieurs, le rapport de Manouvrier sont exactement conformes aux moyennes pour la taille.

Le poids est moyen pour l'âge, inférieur de 8 kg. 300 (19,6 %) au poids conforme à la taille, le rapport du poids à la taille inférieur de 14 (5,8 %) et de 55 (19,6 %) aux moyennes respectives pour l'âge et pour la taille.

Le périmètre thoracique est inférieur de 2 cm. 5 (3,8 %) et de 12 cm. 5 (16,6 %) aux moyennes pour l'âge et pour la taille. Le rapport du périmètre thoracique à la taille est inférieur de 0,044 (9,6 %) et de 0,083 (16,7 %) aux moyennes correspondantes pour l'âge et pour la taille.

Le coefficient de Pignet est supérieur de 11,3 (26,2 %) et de 20,8 (62 %) aux moyennes pour l'âge et pour la taille.

(1) Nobécourt (Pierre). Sur un garçon de 12 ans présentant une hypertrophie staturale physiologique. *La Presse Médicale*, 20 juin 1942.

Somme toute, Louise a pour sa taille un poids et un périmètre thoracique insuffisants, un coefficient de Pignet trop fort ; sa corpulence est faible. Sous ces rapports, elle est beaucoup plus près des filles de 12 ans que des filles de 14 ans et demi. Par contre, et cette constatation est très importante, elle est mésoskèle pour sa taille.

Examen médical. — Les enfants et les jeunes gens qui présentent de l'hypertrophie staturale physiologique ont souvent l'apparence de la santé et l'examen médical établit que cette apparence correspond à une réalité. Certains ne sont pas à l'état de santé ou même sont malades ; il n'en faut pas conclure à une *hypertrophie staturale pathologique*.

Il faut, pour admettre cette dernière, découvrir des affections ou des maladies susceptibles de troubler la croissance. On trouve alors des symptômes conduisant au diagnostic d'*hypertrophie staturale complexe* ; ces symptômes peuvent être discrets et doivent être recherchés avec soin. Il s'agit, par exemple, d'adénomes de l'hypophyse, de tumeurs de l'épiphyse, de la dystrophie des adolescents (Victor Hutinel), etc. Certains des sujets atteints d'hypertrophie staturale complexe peuvent présenter pendant quelque temps, tout au moins, l'habitus et les caractères anthropométriques de ceux qui ont de l'hyperthrophie staturale simple.

***

L'hypertrophie staturale simple a des Évolutions et des aboutissements divers (1). Elle peut débuter chez le *fœtus* et exister à la naissance ou à des âges divers de la période de croissance. L'hypercroissance peut s'arrêter plus ou moins tôt ou persister jusqu'à l'âge où la croissance s'arrête normalement. L'excès statural peut rester constant, augmenter ou diminuer. La taille définitive peut être plus ou moins élevée ou voisine de la moyenne.

Les filles et les garçons peuvent avoir une taille élevée à la naissance. Généralement alors, la courbe de croissance staturale est supérieure et parallèle à la courbe moyenne : l'excès statural se modifie peu ; la taille définitive est plus ou moins haute.

Quand l'hypertrophie staturale s'installe pendant l'enfance et la jeunesse, elle ne se comporte pas exactement de la même façon dans les deux sexes.

Chez les **filles**, le plus souvent, l'hypercroissance apparaît de bonne heure et s'accentue de 9 à 13 ans, aux âges où se produit normalement la poussée de croissance ; à cette période l'excès statural acquiert son maximum. A partir de la quatorzième ou de la quinzième années, la croissance se ralentit, comme chez les filles de tailles moyennes ; elle peut même s'arrêter alors que chez ces dernières elle se poursuit jusqu'à 18 ou 20 ans. Par suite, l'excès statural reste le même ou diminue ; finalement l'hypertrophie staturale devient définitive ou la taille devient presque moyenne.

Plus rarement la croissance est moyenne jusqu'à 12 ou 13 ans ; à ce moment elle s'exagère et l'hypertrophie staturale s'installe ; l'excès statural devient plus ou moins fort. Toutefois l'hypercroissance ne tarde pas à se ralentir et la croissance se poursuit comme ci-dessus.

Chez les **garçons**, on retrouve les mêmes modalités, mais la chronologie est différente. L'hypertrophie staturale peut s'installer dès les premiers mois ou les premières années et s'exagérer de 12 à 15 ou 16 ans, période de la poussée de croissance. Assez souvent elle apparaît seulement à 14 ou 15 ans, alors que le début à cet âge est rare chez les filles. Les différences entre les sexes sont de même ordre que celles qui existent entre eux pour la croissance staturale moyenne. Chez le garçon, l'hypertrophie staturale persiste généralement à l'âge adulte.

Comme il est de règle, l'Évolution pubérale influence la croissance staturale aussi bien chez les sujets de haute stature que chez ceux qui ont des tailles moyennes. La croissance s'accélère dans les trois années qui précèdent le début de la puberté : 12 ans et treizième année chez les filles, 14 ans et demi et quinzième année chez les garçons. Elle se ralentit à ce moment et surtout à l'éclosion de la puberté, un an après le début, plus chez la fille que chez le garçon.

Chez les enfants qui ont de l'hypertrophie staturale, la puberté est souvent *avancée, précoce*. D'après mes observations (2), sur 100 filles présentant une haute stature, 50 sont réglées de 10 à 13 ans, alors que, sur 100 filles de tailles moyennes, il y en a seulement 33. Chez les garçons de haute stature le début de la puberté se produit assez souvent avant 14 ans, alors que l'âge moyen est 14 ans et demi.

Il existe un *type d'enfants de haute stature à puberté précoce*. Il est particulièrement caractérisé chez les filles : elles ont de l'hypertrophie staturale, des caractères sexuels bien définis ; elles sont réglées de bonne heure et ont des menstruations abondantes, parfois des ménorragies ou des métrorragies (3), qui sont l'exagération d'un phénomène

(1) Nobécourt (P.). Modalités de la croissance staturale chez les garçons de haute stature, *Gazette des Hôpitaux*, 27 novembre 1929, n° 95, p. 1701. — Modalités de la croissance staturale chez les filles de haute stature, *Archives de médecine des enfants*, février et mars 1931, n°s 2 et 3, p. 69 et 149.

(2) Nobécourt (P.). La croissance staturale des filles à la période pubertaire, *Journal des Praticiens*, 30 août 1930.

(3) Nobécourt (P.). *Clinique médicale des enfants. Affections des organes hémo-lymphopoïétiques et du sang*, Paris, 1931. Masson et Cie, XIV, Ménorragies et métrorragies de la puberté (9 janvier 1926).

physiologique. Ces filles cessent de grandir ou grandissent peu après l'instauration précoce des règles, alors que les filles moyennes grandissent plus tardivement qu'elles ; aussi leurs tailles définitives sont souvent moyennes.

En tenant compte des faits qui viennent d'être exposés, on peut, dans une certaine mesure, prévoir le DEVENIR STATURAL des enfants et des jeunes gens de haute stature. Mais il convient d'être très réservé sur le sujet et de n'avancer que des hypothèses.

***

Il est *important de savoir reconnaître qu'une hypertrophie staturale est physiologique*. On peut aussi tranquilliser des parents inquiets et éviter à l'enfant des précautions exagérées, des traitements inutiles, sinon nuisibles.

Cette hypertrophie *ne prédispose pas aux maladies*, notamment à la *tuberculose* (1), à la condition que les enfants et les jeunes gens soient élevés dans de bonnes conditions.

Pour tous les enfants, quelle que soit leur taille, il faut observer les règles de l'*hygiène*, qui leur assurera la santé : habitation saine, ensoleillée, aérée ; écoles, collèges, lycées bien aménagés ; vie au grand air le plus possible, séjours annuels ou bisannuels à la campagne, à la mer ou à la montagne ; éducation intellectuelle et physique, jeux convenablement réglés pour éviter les excès préjudiciables ; alimentation abondante, équilibrée, bien préparée. Pour le sujet de haute stature, il faut éviter de le considérer comme un sujet plus âgé de même taille et le faire vivre comme un sujet de son âge.

(1) NOBÉCOURT (P.). *Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*, Paris, 1936. Masson et Cie. V. Hautes statures et tuberculose pulmonaire dans l'enfance (17 janvier 1931).

REVUE GENERALE

LES FORMES TOPOGRAPHIQUES ET DYNAMIQUES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

par MM. André JOUVE et Jean VAGUE

(*Marseille*)

L'étude de l'insuffisance cardiaque comporte deux étapes bien distinctes. La première a pour objet les causes mêmes qui donnent lieu à ce phénomène fondamental : l'insuffisance du débit circulatoire nécessaire aux diverses circonstances de la vie. A son tour cette chute du débit a pour conséquence une série de réactions du cœur et de l'organisme, liées entre elles par leur commune origine et par leur retentissement mutuel. Leur connaissance a bénéficié d'acquisitions physiopathologiques récentes qui ont mis en cause les schémas classiques. Elle fera seule l'objet de ce travail.

Longtemps, l'attention des physiologistes s'est portée de préférence sur le cœur, clef de voûte de l'édifice circulatoire. Il apparaissait évident que, par sa double fonction de pompe aspirante et foulante, le myocarde assurait de façon prépondérante, sinon exclusive, la progression du sang dans les vaisseaux. Sur ce schéma, les cliniciens ont tout d'abord calqué leurs conceptions pathogéniques. Il n'est pas nécessaire de rappeler ici comment la théorie de l'hypertension veineuse rétrograde a fourni une explication satisfaisante de l'engorgement des divers territoires vasculaires, ni comment l'étude des formes locales, « topographiques », de cette asystolie, conduisit à la distinction des insuffisances ventriculaires droite et gauche.

Des notions nouvelles, provenant pour la plupart des laboratoires de physiologie, devaient conduire à mettre en doute la claire ordonnance de ce schéma. On connaît bien aujourd'hui l'importance des formations contractiles périphériques ; par leur sommation, elles peuvent faire équilibre à la puissance du myocarde ; à leur système de régulation locale, elles doivent une large autonomie. Nous savons également par quel mécanisme, le « réflexe nutritif » de Hess, la circulation, locale et générale, est sans cesse sous la dépendance de la biochimie tissulaire.

Ainsi, parmi les réactions qu'entraîne la chute du débit cardiaque, l'encombrement vasculaire rétrograde n'occupe peut-être plus une place prépondérante : l'anoxémie, les modifications de l'équilibre acide-base, les troubles des divers métabolismes, seraient à l'origine de réponses vaso-motrices et hématologiques qui joueraient un rôle essentiel dans l'évolution de la cardiopathie. A l'aspect « topographique » de l'insuffisance cardiaque s'oppose donc une conception « dynamique », qui accorde la primauté aux processus de régulation physico-chimique du sang et des tissus.

En présence du problème ainsi posé de l'insuffisance cardiaque, il convient d'appliquer à l'étude des faits les ressources et la rigueur de l'expérimentation physiologique. Les recherches de cet ordre sont extrêmement nombreuses et déjà fort anciennes ; l'œuvre de ces dernières années a eu plus spécialement pour objet la confrontation des diverses méthodes et de leurs résultats. Sans doute n'est-il pas trop tôt pour ébaucher la synthèse des données ainsi rassemblées.

Pour notre part, c'est ainsi que depuis quelques années nous avons pris l'habitude d'envisager la question de l'insuffisance cardiaque : dans le but de saisir sur le vif les modalités réactionnelles de l'appareil cardio-vasculaire aux phases successives des cardiopathies, nous pratiquons chez nos malades un ensemble de mesures que nous groupons, par analogie avec l'« instantané hépatique » de Fiessinger et Walter, sous le nom d'« instantané circulatoire ». De l'ensemble de nos observations, nous retenons 116 cas, qui font l'objet de cette étude.

Nous envisagerons séparément les éléments de l'« instantané circulatoire » et les données de cette exploration au cours des diverses cardiopathies et de leur évolution.

I. — LES ÉLÉMENTS DE L'INSTANTANÉ CIRCULATOIRE.

A. — *Les pressions vasculaires.*

La *pression artérielle* reste un des éléments fondamentaux de l'hémodynamique. Il n'y a pas lieu d'insister ici sur les faits si classiques de la convergence tensionnelle comme indice de la défaillance ventriculaire gauche et de la valeur normale de la pression artérielle dans les cas où la décompensation intéresse électivement la circulation de retour. Les modifications de la P. A. au cours du collapsus sont moins schématiques ; s'il est habituel d'observer une chute parallèle des tensions systolique et diastolique, on a parfois la surprise de noter des chiffres normaux ou subnormaux qui contrastent avec des troubles importants dans le domaine de la circulation de retour. A plusieurs reprises nous avons pu mettre alors en évidence l'effondrement isolé de la P. V. et nous avons rapporté ces observations sous le nom de « syndromes vasculaires dissociés ». Il semble qu'en certains cas tout au moins, lorsque le trouble n'intéresse pas primitivement le système régulateur de la pression artérielle, la souplesse de ce système lui permette d'assurer, au moins pour un temps, des conditions manométriques en apparence satisfaisantes.

On admettait, il y a peu de temps encore, d'une part que le chiffre normal de la *pression veineuse* était remarquablement constant, de 12 à 15 centimètres d'eau, d'autre part que ce chiffre s'élevait toujours au cours de l'insuffisance cardiaque, et surtout de ses formes droite et totale. De nombreuses recherches, tout en confirmant les faits établis par Villaret et ses collaborateurs, ont mis en évidence la complexité des réactions de la circulation de retour, d'où se détachent les faits suivants :

a) Conformément à l'opinion défendue par divers auteurs américains, nous croyons que si un chiffre de P. V. (1) supérieur à 15 centimètres d'eau est d'ordre pathologique, il est difficile d'établir avec certitude le caractère anormal d'une P. V. constamment inférieure à 12. *La valeur de la P. V. doit être envisagée non pas en termes absolus, mais comme un ordre de grandeur, une indication sur le sens de certaines modifications du régime circulatoire veineux.* Nous croyons notamment que la comparaison des chiffres obtenus au cours d'examens successifs et de l'épreuve fonctionnelle sur laquelle nous allons insister constitue l'élément fondamental de cette exploration.

b) Sous le nom *d'épreuve fonctionnelle de la circulation de retour ou d'épreuve du retentissement cruro et abdomino-brachial*, nous entendons la mesure de la P. V. brachiale au cours de la compression hépatique et du relèvement passif des membres inférieurs, manœuvres qui, normalement, ne modifient pas le chiffre de cette pression (2).

c) En associant ces deux séries de renseignements, on peut obtenir quelques *schémas-types*, pivots du diagnostic clinique, dont nous rappelons ici l'essentiel :

(1) Nous emploierons dans ce travail les abréviations suivantes : P. A. = pression artérielle en cm. de Hg ; P. V = pression veineuse en cm. d'eau ; C. H. = P. V. au cours de la compression hépatique ; R. M. P. = P. V. au cours du relèvement passif des membres inférieurs ; T. C. = temps circulatoire en secondes.

(2) A. JOUVE et J. VAGUE. *La Circulation de retour*, 1 vol. Masson, 1940. — A. JOUVE et J. VAGUE. Contribution clinique à la physiopathologie de la circulation de retour, *Arch. Mal. Cœur*, février 1939, *10*, p. 151. — D. OLMER, A. JOUVE et J. VAGUE. Données de l'exploration veineuse en pathologie circulatoire, *Journ. Méd. Franc.*, nov. 1938. — D. OLMER, A. JOUVE et J. VAGUE. Une épreuve fonctionnelle de la circulation de retour, *La Presse Médicale*, 13 août 1938. — A. JOUVE et J. VAGUE. Quelques remarques sur le comportement du foie dans la circulation de retour, *Journ. Méd. Franc.*, nov. 1938. — J. VAGUE. *Le Foie cardiaque*, 1 vol. Masson, 1939. — A. JOUVE. Exploration clinique de la circulation de retour au cours de l'insuffisance cardiaque, *Paris Médical*, 7 mai 1938. — D. OLMER, A. JOUVE et J. VAGUE. Résultat de l'exploration veineuse dans les états infectieux graves. Les syndromes vasculaires dissociés, *Com. Méd. des Bouches-du-Rhône*, 6 janvier 1939. — Y. BOURDE, A. JOUVE et G. ARNAUD. La pression veineuse dans les états de choc traumatique, *Journ. Méd. Franc.*, nov. 1938. — Y. GREBLÉ. L'épreuve du retentissement cruro et abdomino-brachial dans la mesure de la pression veineuse, *Thèse Marseille*, 1941.

1° P. V. élevée, épreuve fonctionnelle négative : il s'agit de cas assez rares (cardiopathies congénitales, acrocyanose) ;

2° P. V. élevée, épreuve fonctionnelle positive ; c'est le cas observé habituellement au cours de l'asystolie dans sa forme classique, de la symphyse du bord droit du cœur et du rétrécissement tricuspidien (Condorelli), et dans certains syndromes d'hypertention veineuse paroxystique tel que l'œdème aigu du poumon ;

3° P. V. inférieure à 15, épreuve positive ; nous avons noté la fréquence de ce schéma dans les cardiopathies mitrales à la limite de la décompensation, au cours d'un tableau évident d'encombrement de la circulation de retour chez les sujets atteints d'hypertension artérielle, d'aortite, de myocardite, de lésions du cœur sénile, et d'une façon plus générale chez des asystoliques après traitement, dans l'infarctus du myocarde, et dans les maladies infectieuses lorsqu'il y a simultanément défaillance du cœur et de la circulation de retour ;

4° Chute de la P. V. au dessous de son chiffre initial, épreuve négative : c'est l'aspect habituel du collapsus.

d) Il n'est pas possible d'établir de relations étroites entre les symptômes fonctionnels (œdème et cyanose) et le chiffre de la P. V.

Ainsi le chiffre absolu de la P. V. ne présente de relation stricte ni avec l'état fonctionnel du cœur, ni avec les manifestations d'encombrement périphérique. Contrairement à ce qu'on a admis longtemps, l'obstacle opposé au cours du sang par la défaillance cardiaque ne constitue pas le seul facteur de la P. V. ; l'intervention du tonus venopresseur et de la masse sanguine doivent être pris également en considération, et ces constatations justifient de sérieuses réserves à l'endroit de la théorie de l'hypertension veineuse rétrograde ; une chose est de reconnaître le rôle évident de l'hypertension veineuse comme facteur de stase et d'œdème, une autre est d'en faire la pierre angulaire de la décompensation circulatoire.

B. — *La vitesse circulatoire.*

Parmi les nombreux procédés de mesure du T. C. dans le circuit bras-territoire carotidien, nous avons eu recours aux méthodes au saccharinate de soude (Fischberg, Ilitzig et King), à la lobeline (Teplof et Sor, Stanoyevic) et surtout au déhydrocholate de soude (Neubauer, Lian et Facquet) qui nous paraît de loin la plus fidèle. Rappelons que le chiffre physiologique du T. C. est compris entre 12 et 18 secondes.

De l'ensemble des constatations qui ont été faites par de nombreux auteurs, notamment Lian et Facquet, Van Dooren, *le T. C. est augmenté dans l'insuffisance cardiaque avec encombrement vasculaire.* Est-il possible de distinguer des types de réponses particuliers aux diverses formes topographiques de l'insuffisance cardiaque ? Par la mesure simultanée du T. C. dans le circuit bras-langue (injection de substances sapides) et le circuit bras-poumon (injection d'éther), Hitzig, King et Fischberg obtiennent au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche un ralentissement électif du courant sanguin à partir des capillaires pulmonaires. Van Dooren, Godel et Cheale rapportent des résultats beaucoup moins concordants.

Nous nous sommes, pour notre part, attachés à ce problème en plaçant le T. C. dans le cadre de l'instantané circulatoire. Dans l'insuffisance ventriculaire gauche chronique, l'augmentation du T. C. est particulièrement précoce, élevée et persistante, alors même que les autres épreuves sont subnormales. Au contraire, l'élévation de la P. V. et surtout l'épreuve du retentissement cruro et abdomino-brachial peuvent chez les mitraux précéder l'allongement du temps circulatoire et demeurent habituellement plus marquées. Chez certains « cardiaques noirs », nous avons même obtenu en plein tableau d'asystolie un T. C. subnormal. *Il apparaît donc que le ralentissement de la vitesse circulatoire dans le circuit bras-langue est spécialement lié à l'insuffisance de propulsion du cœur gauche.* Quant à l'interprétation de ce phénomène, peut-être doit-elle être cherchée dans l'engorgement des territoires capillaires et notamment des capillaires pulmonaires.

C. — *Mesure du volume du sang circulant* (Volémie).

Malgré de nombreux travaux consacrés à ce sujet, une certaine confusion règne encore quant à l'appréciation de la masse sanguine calculée à partir de la dilution d'une substance colorante introduite dans le courant circulatoire. La plupart des auteurs estiment pouvoir calculer par un échantillon prélevé à un moment déterminé (autour de la 4e minute), le volume de la masse sanguine « active », circulante, s'opposant à une masse « passive, potentielle » contenue dans les réservoirs.

Dans un travail antérieur (1) nous pensons avoir démontré qu'on ne saurait concevoir, ni surtout mesurer une masse sanguine circulante s'opposant à une autre masse bloquée dans les réservoirs. L'étude approfondie d'une centaine de cas nous a conduits à admettre qu'il n'y a pas de cloison étanche entre les divers territoires vasculaires. La courbe de disparition du colorant (rouge congo) nous a paru d'autre part assez caractéristique pour opposer les trois types cliniques suivants :

1° Chez les sujets normaux, la courbe obtenue grâce à des prélèvements effectués régulièrement dans les dix premières minutes est caractérisée par une disparition du colorant comprise entre 10 et 25 % de la concentration maxima (courbe type 1) ;

2° Chez les cirrhotiques la courbe se maintient au voisinage de l'horizontale ; la disparition du colorant est inférieure à 10 % (courbe type 2) ;

3° La plupart des cardiaques décompensés obéissent à un troisième mode réactionnel : la disparition du colorant est beaucoup plus rapide, supérieure à 25 % (courbe type 3).

C'est la confrontation de ces trois types de courbe qui nous fait juger arbitraire la prétention de mesurer de façon précise le volume du sang circulant à partir d'un point toujours le même préalablement choisi sur la courbe. Chez le cirrhotique, la quasi-constance de la concentration du colorant permet de réduire à des proportions minimes l'intervention des deux facteurs susceptibles de diminuer cette concentration, la fonction pexique et la disparition progressive du colorant dans les réservoirs ; notons en passant que ces particularités ne sauraient nous étonner, étant donné ce que nous savons des modifications anatomo-physiologiques qui président à la constitution de la cirrhose.

Chez les cardiaques, nous avons pu nous assurer, après Adler et Reimann, que la chromopexie était normale ou diminuée, mais jamais augmentée ; en conséquence, la rapidité avec laquelle le rouge congo se dilue pendant les dix premières minutes ne peut être attribuée à une exaltation de la fonction pexique, mais bien plutôt à une modalité particulière du comportement de la masse sanguine. Il s'agirait soit d'une diffusion plus lente dans une masse sanguine accrue, soit d'une pénétration progressive du colorant dans des réservoirs dont la capacité s'est élevée, soit encore de la conjugaison de ces deux facteurs.

Or, il est généralement admis, et nous avons pu le vérifier constamment, que, dans l'insuffisance cardiaque chronique, le chiffre de la masse sanguine calculé à la 4e minute est plus élevé que chez le sujet normal. Par ailleurs, la concentration maxima qui s'observe aux alentours de la 2e minute n'est habituellement pas beaucoup plus faible que chez le sujet normal ; elle est parfois plus élevée ; il en découle que le chiffre de la volémie calculé à ce moment-là est modérément élevé, et parfois même inférieur à la normale.

Pour interpréter l'hypervolémie des asystoliques, Landau, Markson, Galibarska et Levicki admettent que les réservoirs perdent leurs fonctions, en ce sens qu'ils sont inclus dans le torrent circulatoire et que la totalité de la masse sanguine se trouve ainsi livrée à un mouvement constant et moins rapide.

Nous serions portés à voir dans la confrontation de ces données une série de phénomènes différents : en premier lieu l'augmentation de la masse sanguine totale dans l'asystolie est indiscutable. Par ailleurs la dilution progressive, rapide et importante du colorant en pareil cas ne saurait guère être interprétée que comme une communication plus large entre les régions à circulation active et celles à circulation ralentie, ainsi que le comprend Landau. Il est enfin très vraisemblable que l'écart souvent considérable entre les volémies calculées à la deuxième et à la quatrième minute, traduit une réduction relative des territoires à circulation active au profit des autres.

Par suite, nous retenons de cette épreuve deux indications : *l'étude de la courbe de concentration plasmatique du colorant permet d'apprécier dans une certaine mesure le mode de distribution de la masse sanguine ; le chiffre du volume sanguin, calculé conventionnellement à la 4e minute, détermine l'ordre de grandeur de cette masse et offre une valeur, non pas absolue, mais comparative.*

Si maintenant, après avoir envisagé le comportement de la masse sanguine dans l'asystolie, nous essayons d'établir les diverses étapes qui conduisent à cette phase terminale de la défaillance cardiaque, nous nous trouvons en présence d'un certain nombre de faits :

Dans les cardiopathies et les hypertensions artérielles parfaitement compensées, le chiffre de la volémie n'est pas supérieur à la normale, et la courbe revêt le type 1. La plupart des auteurs, et Wollheim en particulier, admettent même un abaissement de la masse sanguine qui serait un facteur de compensation au même titre que l'hypertrophie du cœur. Le débit cardiaque s'abaissant parallèlement, la vitesse circulatoire ne serait pas modifiée. En ce qui concerne l'hypertension artérielle, les résultats sont contradictoires. Notre expérience personnelle nous invite à admettre avec Wollheim, Bloch, une hypovolémie intéressant la masse globulaire plus encore que la masse plasmatique ; notons cependant qu'aucun cas d'hypertension pléthorique ne figure dans nos observations.

Assez rapidement, *lorsque apparaît l'insuffisance cardiaque, on assiste à une élévation de la volémie ainsi qu'à une obliquité progressivement accentuée de la courbe qui passe du type 1 au type 3 ;* ce dernier phénomène peut quelquefois précéder nettement l'hypervolémie.

L'amélioration des symptômes cliniques s'accompagne habituellement d'une diminution de la volémie. Soulignons cependant que la chute de l'hypervolémie n'est pas nécessairement un symptôme favorable ; elle peut sanctionner la déchéance terminale et coïncide alors avec l'augmentation des œdèmes.

Ainsi comprise, l'asystolie progressive répond à ce que les auteurs viennois décrivent sous le nom de « *plusdekompensation* ». A cette modalité ils opposent un autre aspect de la défaillance cardiaque, la « *minusdekompensation* » qui se caractérise par une diminution de la volémie, une P. V. habituellement basse, un T. C. normal ou modérément élevé. Rencontrée dans un quart des cas par Wollheim, dans plus de la moitié par Goldbloom et ses collaborateurs, la « minusdekompensation » est niée au cours de l'insuffisance cardiaque chronique par Landau, Schmidt, Ewig, Bornsko, Bucchianti et leurs collaborateurs. Quant à nous, sur 45 cas, nous ne l'avons jamais observée. En l'état

(1) A. Jouve, J. Vague et Y. Keundjian. Remarques sur la mesure du volume du sang circulant en clinique (à propos de 70 observations), *Com. Méd. des Bouches-du-Rhône*, 18 avril 1941. — A. Jouve, J. Vague et Y. Keundjian. Courbes de disparition des substances colorantes injectées dans le sang circulant et mesure de la volémie, *Arch. Mal. du Cœur*, 1941, p. 316. — Y. Keundjian. Contribution à l'étude du volume du sang circulant en clinique, *Th. Marseille*, 1941.

actuel des choses, il est prudent de n'admettre l'existence de cette forme que dans les cas de défaillance cardiaque qui portent la marque du collapsus : maladies infectieuses, infarctus du myocarde, suites opératoires.

D. — *Débit cardiaque.*

De tous les éléments de l'instantané circulatoire, la mesure du débit est le plus propre à traduire la valeur fonctionnelle du cœur, la fonction essentielle de ce dernier étant de satisfaire aux besoins de l'organisme dans les conditions basales et au cours de l'effort. En revanche, cette mesure demande à être complétée par les méthodes d'examen que nous avons déjà passées en revue, si l'on veut analyser les conditions de l'insuffisance cardiaque et les réactions de l'organisme qui l'accompagnent.

Grâce aux techniques actuelles de mesure, *l'accord est à peu près universellement fait sur la diminution nette du débit au cours de l'insuffisance cardiaque chronique ;* ceci doit s'entendre cependant avec un métabolisme basal normal ; et les résultats discordants tiennent, comme l'observe très justement Lequime, à l'hyperthyroïdie assez fréquemment rencontrée chez les cardiaques.

Il semble que la chute du débit s'observe avant même qu'apparaissent les signes cliniques de décompensation ; c'est tout au moins l'avis de Kroetz, et l'impression que donne la lecture des observations de Lequime. Au cours de la décompensation, la chute du débit paraît un des éléments les plus marquants de l'instantané ; son évolution est grossièrement parallèle à celle de la vitesse circulatoire. Sous l'effet du traitement, le débit cardiaque se relève, mais moins nettement que les autres constantes ; il reste toujours, d'après Kinsman et Moore, inférieur à son chiffre physiologique.

II. — Les données de l'instantané circulatoire.

Les éléments que nous venons d'analyser permettent de dissocier l'intervention de deux facteurs essentiels dans l'évolution des cardiopathies : l'un d'eux est lié aux variétés étiologiques de l'insuffisance cardiaque, et par suite à la topographie de la lésion causale ; l'autre exprime les réactions réciproques du cœur et de l'organisme.

1° *Les formes topographiques de l'insuffisance cardiaque* se comportent vis-à-vis de l'instantané circulatoire de la façon suivante :

a) L'*artériel* évolue en trois étapes : α) au moment où apparaissent les premiers symptômes fonctionnels, la réponse des diverses épreuves est voisine de la normale ; deux modifications seulement sont à noter : la chute au moins légère de la volémie et celle du débit ; β) chez les sujets qui ont déjà présenté des accidents paroxystiques d'insuffisance ventriculaire gauche, et un encombrement périphérique au moins à son début, on constate un allongement très net du T. C., l'élévation de la volémie (courbe du type 3 dans la moitié des cas) et une chute importante du débit ; γ) le tableau de la décompensation totale est encore dominé par l'allongement du T. C., les autres épreuves étant franchement pathologiques.

Le cœur *sénile* se distingue de cet ensemble par le chiffre particulièrement bas de la P. V.

Au cours d'une *crise d'hypertension paroxystique*, nous avons constaté que l'élévation de la P. V. accompagnait, si elle ne la précédait pas, l'élévation de la P. A., fait qui vient corroborer la conception antérograde, défendue par Laubry, de certaines crises d'hypertension paroxystique.

b) Dans les *mitralites rhumatismales*, les premiers symptômes de la décompensation s'accompagnent d'une réponse positive de l'épreuve du retentissement abdomino-brachial. Par la suite, la P. V. s'élève plus tôt et plus haut que chez l'artériel, cependant que le T. C. demeure plus longtemps que chez ce dernier dans les limites physiologiques.

c) Avant tout symptôme de défaillance cardiaque, le malade porteur de *pneumopathie chronique* présente une P. V. et des épreuves fonctionnelles normales. Plus tard, il se comporte à peu près comme les mitraux.

Chez les *cardiaques noirs*, la volémie et le rapport hématocrite sont particulièrement élevés ; la P. V. n'est pas très haute, mais l'épreuve fonctionnelle est franchement positive et le T. C. est modérément allongé.

d) L'élévation de la P. V. et la chute très importante du débit principalement du débit systolique, sont la sanction de l'adiastolie provoquée par la *péricardite constrictive.*

e) L'*infarctus du myocarde* peut réaliser les deux tableaux du choc (P. V. subnormale, T. C. légèrement allongé, hypovolémie) ou de l'encombrement vasculaire (P. V. normale ou élevée, T. C. nettement allongé, hypervolémie). Le mode de réaction serait déterminé, pour Fishberg, Goldbloom et leurs collaborateurs, par l'état antérieur du myocarde.

f) Dans les *myocardites infectieuses*, nous avons noté une P. A. basse, une P. V. faible, mais des épreuves fonctionnelles positives ; le T. C. demeure variable ; Wollheim, Goldbloom et ses collaborateurs ont insisté sur la fréquence de l'hypovolémie.

g) Un cas de *myocardie de carence* du type béribéri alcoolique, qui a réagi favorablement à une cure exclusive par la vitamine B^1, se caractérisait par un collapsus de la circulation d'aller contrastant avec l'encombrement et l'hypertonie de la circulation de retour.

h) L'*hyperthyroïdie* enfin a pour conséquence une augmentation du débit cardiaque et une diminution du T. C. ; lorsque survient la décompensation, le T. C. s'allonge, le débit diminue, cependant que la volémie s'élève et qu'apparaissent les autres symptômes d'encombrement circulatoire.

Ainsi les données de la clinique et de l'instantané circulatoire mettent en évidence des modalités évolutives très particulières selon les conditions étiologiques. Ces modalités justifient dans une certaine mesure les schémas traditionnels ; mais elles les débordent en s'avérant plus nombreuses que ne le veut l'opposition classique entre les insuffisances ventriculaires droite et gauche.

2° Sous la diversité de ces formes topographiques, on retrouve cependant une évolution générale de l'insuffisance cardiaque qui permet de distinguer trois *étapes hémodynamiques essentielles* (1) :

a) Une cardiopathie se constitue, c'est-à-dire une lésion ou une perturbation fonctionnelle qui pourra, dans un délai variable, porter atteinte à la fonction essentielle du cœur, le maintien du débit circulatoire. Est-il possible de distinguer une phase pendant laquelle les conditions physiologiques seraient assurées comme si cette cardiopathie n'existait pas, ce qui constituerait une phase de *compensation vraie ? A priori*, la chose peut se concevoir ; toutefois, il est bien difficile de l'affirmer, et surtout d'en décider en pratique, car, malgré la précision de nos méthodes, la valeur de la force de réserve du cœur est sujette à trop de variations individuelles pour être établie de façon concrète.

b) A cette phase peut-être théorique succède une période que nous appellerions volontiers *période d'adaptation.* Ce terme nous paraît en effet préférable à celui de compensation qui, dans les autres branches de la pathologie, est synonyme de retour à une intégrité fonctionnelle.

Au cours de cette phase, en effet, quelle que soit la discrétion des symptômes fonctionnels, nous constatons des modifications de l'instantané circulatoire, réduction du débit et de la volémie. La raison de ces phénomènes demeure hypothétique ; leur conséquence en est la diminution du rendement physiologique et la protection du cœur contre des conditions circulatoires de plus en plus défavorables dont nous le verrons souffrir lors d'une phase ultérieure.

c) Les valeurs divergentes du débit cardiaque et de la volémie vont caractériser la phase de *décompensation circulatoire.* C'est alors qu'apparaît la séméiologie de l'insuffisance cardiaque confirmée, sous forme d'accidents paroxystiques ou d'encombrement progressif du territoire pulmonaire ou de la circulation de retour. Au début, on relève une discordance, suivant les formes topographiques, entre les résultats de la P. V., des épreuves fonctionnelles et du T. C. ; cette discordance ira en s'atténuant avec les progrès de l'asystolie. Par contre, les modifications du débit et de la volémie sont communes à toutes les formes d'insuffisance cardiaque. A mesure que le débit diminue, la volémie s'élève, et la courbe tend au type 3.

Il y a là un ensemble de caractères qui appelle une explication. L'augmentation progressive de la masse sanguine, intéressant à la fois les masses globulaire et plasmatique, est un phénomène complexe qui traduit d'une part un hyperfonctionnement médullaire, de l'autre une exagération de la perméabilité des petits vaisseaux. Le premier processus est lié sans doute à l'anoxhémie ; le second doit pouvoir lui-même se décomposer en phénomènes plus élémentaires, altérations physico-chimiques des endothelia, action des produits du métabolisme, modifications de la pression osmotique du plasma, qui se surajoutent à l'encombrement vasculaire.

Le régime circulatoire de cette masse sanguine accrue est profondément modifié. D'une façon générale sa vitesse est diminuée ; mais de plus, la proportion des masses sanguines à circulation active et à circulation ralentie tend à s'inverser chez l'asystolique. Le volume sanguin soustrait à l'impulsion cardiaque affaiblie et stagnant ainsi dans les réservoirs va sans cesse en augmentant. Deux conséquences découlent de cette hypervolémie et de sa répartition : l'augmentation de la masse sanguine peut, à l'occasion d'une hypertonie veineuse paroxystique, déborder la capacité fonctionnelle du cœur ; la stagnation d'un excès de sang dans les viscères ne fait qu'accroître les troubles métaboliques qui sont eux-mêmes partiellement responsables de l'hypervolémie.

Il est possible à la toute dernière phase de l'insuffisance cardiaque de constater une réduction de l'hypervolémie et surtout de sa fraction globulaire, coïncidant avec une exagération des signes cliniques, des œdèmes notamment.

Par leur complexité, les faits que nous venons de rapporter peuvent jeter un certain trouble dans les esprits familiarisés avec l'élégante simplicité des schémas classiques. Nous voici fort loin de « l'asystolie remontant le cours du sang », et en face de perspectives souvent contradictoires. L'insuffisance cardiaque progressive n'apparaît plus comme cette simple différence de niveau en amont et en aval d'un barrage à laquelle nous avait habitués la conception de l'hypertension veineuse rétrograde, mais bien, quel que soit le siège de la lésion initiale, comme une maladie générale dont la première phase, simple et localisée, ne tarde pas à se perdre dans un ensemble de réactions complexes rapidement étendues à l'organisme tout entier. C'est là, d'ailleurs une notion qui a été souvent reprise depuis les premiers travaux de Mackensie et de Gallavardin ; cependant, elle n'a pas encore la faveur des traités classiques ; il n'est peut-être pas inutile de lui avoir apporté l'appui d'une exploration hémodynamique rigoureusement conduite.

(1) André Jouve et Jean Vague. Les aspects hémodynamiques de l'insuffisance cardiaque. *Arch. des Mal. du Cœur et des Vaisseaux* (sous presse).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 30 MARS 1942

Technique d'un projet expérimental d'inversion du cours du sang dans le foie. — M. Robert DIDIER.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1942

Sur la relation de la grandeur du cerveau à la grandeur du corps. — M. Louis LAPICQUE.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1942

Le système oxydasique de la farine de blé et l'action de l'acide ascorbique et de la pulpe de betterave dans la pâte boulangère. — MM. Raymond GUILLEMET, Georges SONNTAG et Mlle Paule HAMEL.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1942

Cessation spontanée des effets de l'adrénaline sur l'intestin isolé sans destruction de celle-ci. Conditions expérimentales favorisant ou empêchant cette destruction. — Mlle Marcelle BEAUVALLET.

Sur la dénaturation du fibrinogène par les anticoagulants. — M. Georges CRUT.

SÉANCE DU 11 MAI 1942

Immunisation du cheval au moyen du virus de la vaccine privé de sa virulence par l'action du formol et de la chaleur (anavirus). Propriétés antivirulentes du sérum. — MM. Gaston RAMON, Paul BOQUET et Rémy RICHOU. — Des recherches exposées et de leurs résultats, il ressort que de même que l'anatoxine, atoxique et antigénique issue de la transformation par formol d'un poison bactérien, détermine dans l'organisme du sujet auquel on l'injecte la formation d'anticorps antitoxique doué du pouvoir de neutraliser dans le verre à expérience la toxine spécifique et de prévenir l'intoxication chez l'animal, de même l'anavirus, avirulent et immunisant obtenu lui aussi grâce à l'action du formol sur le virus de Jenner provoque chez le cheval l'apparition et le développement rapide et abondant d'anticorps antivirulents capables d'annihiler *in vitro* et *in vivo* les propriétés virulentes du virus de la vaccine.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 25 JUILLET 1942

L'électro-encéphalogramme dans la maladie de Friedreich. — MM. G. GUILLAIN, I. BERTRAND, J. GODET et J. GRUNER ont vu l'électro-encéphalogramme dans la maladie de Friedreich caractériser l'activité bio-électrique réduite de la corticalité.

Cocaïne et excitabilité du cortex cérébral. — M. et Mme A. CHAUCHARD et M. P. CHAUCHARD montrent que l'inexcitabilité produite par application locale de cocaïne sur l'écorce cérébrale s'accompagne d'une diminution excessive de la chronaxie, tandis que l'inexcitabilité due aux anesthésiques généraux relève d'une augmentation de celle-ci.

Les dégénérescences systématisées centrales dans le coma diabétique. — MM. I. BERTRAND et Robert TIFFENEAU, dans cinq cas de coma diabétique mortel, ont retrouvé des lésions systématisées des centres cérébellipètes et de la corticalité cérébrale, qui suffisent pour expliquer l'évolution fatale malgré la régression fréquente des syndromes acido-cétosiques sous l'influence de l'insulinothérapie.

De l'emploi des « extraits de malt » dans la production des toxines microbiennes et spécialement de la toxine diphtérique. — MM. G. RAMON, J. POCHON, Mlle G. AMOUREUX et M. R. RICHOU ont pu substituer au maltose pur dans la préparation du milieu de culture, sans inconvénient en ce qui concerne la valeur antigène de la toxine diphtérique, l'extrait de malt commercial, beaucoup plus facile à se procurer à l'heure présente et beaucoup moins coûteux.

Les extraits de malt peuvent, de même, être avantageusement utilisés dans la production de diverses autres toxines microbiennes.

Une souche neurotrope du virus de la fièvre aphteuse. — M. C. LEVADITI insiste sur le faible titre de la virulence de la souche neurotrope du virus aphteux adaptée à la souris, la gravité inaccoutumée des lésions encéphaliques qu'elle provoque, l'absence d'effet chimiothérapique constaté.

Association entre ultravirus, rage et louping-ill. — M. C. LEVADITI a vu l'inoculation transcranienne à la souris d'une association entre le virus du louping-ill et celui de la rage des rues, assurer la persistance du premier de ces ultragermes pendant quatre passages consécutifs, tandis que le virus rabique disparaît après la primo-inoculation.

Fréquence des différents types du bacille de Koch dans la tuberculose porcine. — MM. J. VERGE et F. LENTHILLE sur 18 porcs saisis ont isolé 12 fois un bacille bovin et 4 fois une corynébactérie.

Pseudo-tuberculose chez le singe. — MM. VERGE et PLAOIDI en rapportent une troisième observation française, due au streptobacille de Vignal et Malassez (*Pasteurellæ pseudotuberculosis*).

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINES DE LA SCARLATINE

Leur intérêt est triple.

a) Diagnostique car l'angine est un symptôme :
Constant au cours de la scarlatine ;
Précoce, apparaissant avant l'exanthème ;
b) Pronostique en raison de la gravité de certaines d'entre elles ;
c) Etio-pathogénique :
Le rôle de l'angine n'est pas encore élucidé, porte d'entrée ou complication ;
Néanmoins il faut insister sur le fait que la très grande majorité des angines de la scarlatine est due au streptocoque hémolytique mais que ce germe n'est pas l'unique agent pathogène des angines complication.
En clinique on peut distinguer les angines symptôme et les angines complication.

I. — *ANGINE SYMPTOME*

C'est un symptôme de la scarlatine commune comme de la scarlatine maligne.

A. — **Scarlatine commune.**

1° FORME TYPIQUE.

a) Début : l'angine est le signe essentiel de la période d'invasion ;
α) Chez un enfant pris brutalement d'un malaise général intense avec hyperthermie, hypertachycardie et vomissements ;
β) L'angine
Dénoncée par une dysphagie intense ;
Caractérisée par une rougeur :
Intense avec souvent un piqueté plus foncé ;
Diffuse envahissant toute la gorge ;
S'accompagne :
D'un état spécial de la langue : blanche avec un liséré rouge sur les bords et à la pointe ;
D'un engorgement modéré et souvent douloureux des ganglions sous-maxillaires.
γ) En conclusion :
La découverte de cette angine chez un enfant pris très brusquement d'un malaise intense avec hyperthermie, hypertachycardie, vomissements, rend le diagnostic de scarlatine bien probable ;
Cependant, il importe :
De rechercher : la notion de contagion ; l'absence de scarlatine antérieure ; une éruption commençante ;
D'isoler l'enfant.

b) L'évolution de l'angine suit celle de la scarlatine ;
α) *A la période d'état :*
Alors que l'éruption est apparue ;
La gorge
Est prise en totalité,
Non seulement amygdales, piliers, voile,
Mais aussi joues, gencives, lèvres ;
Est de couleur framboisée avec un pointillé plus sombre et parfois sur les amygdales tuméfiées apparaît un enduit pultacé ;
S'accompagne de :
Dysphagie ;
Adénopathie sous-maxillaire bilatérale.
La langue :
Le liséré écarlate s'est étendu de la périphérie vers le centre ;
Et vers le 5e jour, elle réalise son aspect framboisé (dépouillée, carminée, mamelonnée).
β) *A la période de desquamation :*
L'angine disparaît vers le 10e jour ou au plus tard le 15e ;
La langue, après être passée par son stade vernissé est redevenue normale.

2° FORMES CLINIQUES.

a) Forme angineuse pure ;
b) Forme légère : l'angine est souvent fruste mais constante ;
c) Forme apyrétique.

B. — **Scarlatine maligne.**

1° *Scarlatine maligne précoce.*

a) Caractérisée par :
Son début d'une brusquerie inouïe ;
Sa triade bulbaire, ses signes nerveux et digestifs.
b) L'angine
Ne manque jamais ;
Est le plus souvent intense ;
Rougeur qui d'emblée atteint toute la gorge ;
Tuméfaction énorme des amygdales ;
S'accompagne de dysphagie et d'adénopathie.

2° *Scarlatine maligne tardive.*

a) Alors que les signes de malignité n'apparaissent que vers le 5e jour ;
b) L'angine frappe souvent dès le début par son intensité.

AMPHOSYNTHYL

ASSOCIATION GÉNÉSÉRINE-GÉNATROPINE

Régulateur du Vague et du Sympathique

SYNDROMES AMPHOTONIQUES

TROUBLES DYSPEPTIQUES COMPLEXES
AÉROPHAGIE — MAL DE MER
TROUBLES DYSPEPTIQUES D'ORIGINE VÉSICULAIRE
TROUBLES COMPLEXES DU RYTHME CARDIAQUE

Laboratoires AMIDO
4, Place des Vosges - PARIS (IVe)
Zone libre : Laboratoires des Produits Amido - RIOM (P.-de-D.)





ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE
PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE
ET VAGO - SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVIe

II. — *ANGINE COMPLICATION*

A. — Angine du syndrome secondaire de Roger.

1° Date d'apparition :
15-20e jour chez un enfant qui paraissait entrer en convalescence.

2° Marqué par :
a) Reprise de la fièvre, petits frissons, dysphagie légère ;
b) A l'examen, la gorge, qui était redevenue normale,
Est rouge avec parfois un enduit pultacé ;
S'accompagne d'une adénopathie.

3° Sa signification :
a) Prélude souvent à une complication (néphrite, rhumatisme), d'où nécessité d'une surveillance redoublée ;
b) Certains considèrent ce syndrome comme une véritable surinfection.

B. — Angine à fausse membrane.

1° Circonstances d'apparition.
a) Au cours de la scarlatine maligne ;
b) Au cours d'une scarlatine régulière jusque-là.
α) Précoce en pleine période d'état ;
β) Tardive plus souvent vers le 15-20e jour.

2° Types.
a) *Angine commune :*
α) Ne modifie pas le tableau clinique de l'affection ;
β) Se traduit par l'existence d'une fausse membrane.
Siège :
D'abord à la face interne d'une amygdale ;
Puis s'étend à l'amygdale opposée, aux piliers, à la face postérieure du pharynx.
Aspect :
Surface unie, plane, d'un blanc nacré,
A contours arrondis et nets ;
La muqueuse alentour est indemne, à peine rouge, à peine tuméfiée.
Trois caractères sont essentiels :
Adhérente ;
Cohérente ;
Extensive, se reproduisant rapidement après arrachement.
S'accompagne de :
Coryza muqueux ou muco-purulent ;
Coryza unilatéral ou à prédominance ;
Adénite sous-angulo-maxillaire modérée, sans périadénite.
γ) Guérit habituellement dans les délais normaux.
b) *Angine maligne :*
α) Offre un tableau des plus graves :
Teint pâle, terreux ;
Anéantissement avec parfois des crises d'agitation ;
Température aussi bien modérée, voire basse que très élevée ;
Dysphagie intense et sialorrhée ;
Fétidité de l'haleine.
β) Les fausses membranes qui traduisent localement la malignité de l'affection sont remarquables par :
Leur extension : d'un seul coup elles ont envahi toute la gorge ;
Leur aspect :
Coloration fauve, gris-jaunâtre, ponctuée de zones hémorragiques et sphacéliques ;
En couches épaisses et stratifiées ;
D'odeur extrêmement fétide ;
Se reproduisant avec une rapidité considérable.
L'importance des lésions de la muqueuse voisine :
Ulcération : la fausse membrane est adhérente à la muqueuse qui est ulcérée et saignante ;
Œdème surtout de grande importance pronostique : les fausses membranes sont enchatonnées par une muqueuse qui tout autour se boursoufle.
Les signes de voisinage :
Coryza : le plus souvent bilatéral ;
Muco-pus teinté de sang, parfois vraies épistaxis (gravité) ;
Provoquant des érosions des narines et de la lèvre supérieure.
Adénite sous-angulo-maxillaire, cervicale ;
Enorme, gros ganglions douloureux ;
Unis entre eux par un œdème ;
Une périadénite considérable qui déforme la région (cou proconsulaire).
γ) L'évolution en est habituellement mortelle malgré la sérothérapie qu'il faut instituer séance tenante sans attendre les résultats de l'ensemencement.
c) *Angine grave.*
α) L'état général est moins immédiatement alarmant ;
β) Les signes locaux sont aussi intenses que ceux de l'angine maligne avec cependant un œdème et une tendance hémorragique moindres ;
γ) Une injection immédiate de sérum antidiphtérique s'impose néanmoins.

3° Sa nature.
a) *Deux étiologies possibles :* strepto hémolytique, bacille de Klebs-Lœffler ;
b) *Arguments diagnostiques :*
α) La date d'apparition : Angine précoce, strepto ; angine tardive : diphtérie.
β) Certains caractères de la fausse membrane ont été donnés en faveur de l'étiologie streptococcique ;
Extension moindre : respecterait la luette ;
Serait moins adhérente et moins cohérente.
c) *Conclusion :*
α) En fait ces arguments ne permettent en rien de faire la distinction ;
β) Aussi est-il :
Prudent d'injecter du sérum ;
Indispensable de faire un ensemencement de la gorge qui est la seule méthode pour trancher.
γ) Dans la très grande majorité des cas le strepto est en cause et les cas de diphtérie, surtout dans les angines précoces, représentent une minorité.

C. — Autres angines graves.

1° Angine ulcéro-nécrotique de Hénoch.
a) Date d'apparition : précoce.
b) Marquée par :
α) Des signes généraux graves : fièvre très élevée, pouls très rapide, grosse albuminurie, fétidité de l'haleine.
β) Signes locaux :
D'abord tache grisâtre de siège variable ;
Puis ulcération, qui
Gagne rapidement en profondeur,
Présente alors des bords taillés à pic, un fond rougeâtre,
Tend à perforer le voile ou à déchiqueter les piliers.
c) Evolution en règle mortelle dans un tableau ataxo-adynamique.

2° Angine gangréneuse très rare.
a) Apparition :
Chez les débilités ;
Toujours secondaire à une angine à fausse membrane d'allure grave.
b) Marquée par :
La fétidité horrible de l'haleine ;
L'adénopathie énorme ;
Les fausses membranes qui prennent un aspect gris-sale avec escarres noirâtres.
c) Evolution en règle mortelle, souvent après gangrène extensive du cou.

FERMENTS LACTIQUES
BULGARINE THÉPÉNIER
Bouillon, Comprimés, Gouttes
10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)

DIASTASES ET VITAMINES DE CROISSANCE
AMYLODIASTASE THÉPÉNIER
Comprimés et Sirop
10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8e)

III. — *COMPLICATIONS*

A. — **Dues certainement à l'angine.**

1° Bubons cervicaux.

a) *Septiques*.

α) Evoluant vers l'adéno-phlegmon avec une rapidité foudroyante ;

β) Pouvant entraîner la mort par asphyxie, extension des fusées purulentes, ulcération des gros vaisseaux.

b) *Ligneux*.

α) Suppurant peu ;

β) Mais se résorbant lentement ;

γ) Nécessitant de multiples interventions.

2° Otites.

a) Conditions d'apparition :

α) Parfois latentes, d'où la nécessité d'un examen systématique des oreilles chez tout scarlatineux et chez tout enfant fébricitant et surtout présentant une angine.

β) Parfois dénoncées par des otalgies vives, de la céphalée.

b) Pronostic.

α) Otites précoces :

Sont souvent graves par leur tendance nécrosante rapide ;

C'est dire la nécessité d'une intervention rapide

Pour éviter :

Une mastoïdite avec énormes séquestres ;

Une atteinte grave de l'oreille moyenne ;

Une complication intra-cranienne.

β) Otites tardives :

Sont souvent moins graves ;

Mais dans les otites purulentes banales il faut craindre encore :

L'évolution vers la chronicité ;

La bilatéralisation pouvant entraîner une surdité complète.

3° Sinusite.

Après une angine compliquée de rhinite scarlatineuse.

B. — **Dues peut-être à l'angine.**

1° Néphrites :

a) Il semble qu'il faille admettre que l'angine représente vraiment une cause favorisante.

b) Arguments :

α) De récentes expériences ont montré que des injections de filtrats streptococciques au lapin pouvaient entraîner des néphrites expérimentales superposables aux néphrites de la scarlatine ; or, le strepto a son siège essentiel dans la gorge.

β) Par ailleurs, en dehors même de la scarlatine bien des angines se compliquent de néphrites.

2° Rhumatisme.

Le rôle de l'angine a aussi été invoqué comme facteur favorisant.

IV. — *DIAGNOSTIC*

A. — **Différentiel.**

1° Angine-symptome du début.

a) Eliminer angine pultacée, herpétique ;

b) Retenir angine érythémateuse simple.

2° Angine-complication.

a) Diagnostic en général facile en raison de la notion d'éruption contemporaine ;

b) C'est seulement dans les angines tardives, lorsque l'éruption a été fruste ou méconnue qu'on pourrait mettre en doute l'origine scarlatineuse mais la desquamation, qui accompagne alors l'angine, ne trompe pas.

B. — **De la nature.**

1° Angine érythémateuse précoce ou tardive : une étiologie, le strepto.

2° Angine a fausse membrane.

Deux étiologies possibles : strepto hémolytique, Klebs-Lœffler ;

Le laboratoire tranche.

3° Angine ulcéro-nécrotique.

En général association de germes microbiens divers et à côté du strepto on trouve constamment une association fino-spirillaire.

4° Angine gangréneuse.

Nombreux germes banaux, spirilles et anaérobies.

Rouget.

CHRONIQUE

Conseils aux jeunes

C'est toujours avec intérêt et bien souvent avec fruit que l'on écoute les aînés parler des débuts d'une carrière.

Notre collègue et ami, le Dr Georges Luys, président sortant de la Société de Médecine de Paris, a bien voulu m'adresser le texte du discours qu'il a prononcé au début de l'année en quittant le fauteuil présidentiel de la vénérable et illustre Société de Médecine de Paris.

Luys a dit beaucoup de bonnes choses. Il rappela ses débuts, lorsque abordant une spécialité si différente de celle où avait brillé son père, il luttait pour faire triompher ses idées en urologie.

Sa persévérance fut couronnée de succès. Aussi est-il qualifié pour donner maintenant d'utiles conseils aux jeunes confrères au moment où ils vont aborder la lutte pour la vie.

Entre les deux routes qui s'offrent à eux, la voie des concours et celle des recherches scientifiques personnelles, Luys n'hésite pas, c'est vers la seconde, celle qui permet à une personnalité de s'affirmer que vont ses préférences.

De celle-là il a quelque droit de parler. Ecoutons-le :

« Dans les deux routes, la somme de travail à fournir sera presque équivalente. La deuxième, cependant, comportera souvent de rudes pentes difficiles à gravir ; il faudra peiner dans l'isolement, davantage et durement ; mais elle donnera l'indépendance du jugement et la joie de vous sentir supérieur à quiconque, dans la branche que vous aurez longuement étudiée.

« C'est ainsi que vous réussirez et si l'on objecte alors, que si vous êtes arrivé à la notoriété, c'est parce que vous avez eu de la chance. — vous pourrez alors répondre, en toute connaissance de cause, *que la chance n'est toujours que la résultante de beaucoup d'efforts personnels.*

« Donc, lorsque vous sentirez, lorsque vous saurez, instruit par votre expérience clinique et par l'étude des faits que vous avez observés, que vous êtes sur le chemin de la vérité, poursuivez vaillamment votre route, avec ténacité et jusqu'au bout, sans vous laisser rebuter par les obstructions que peuvent susciter vos efforts.

« Car dans les combats de la vie, — et comme l'affirmait magnifiquement Victor Hugo : « Ceux qui vivent, ce sont ceux qui luttent ». C'est toujours, en définitive, *la Valeur personnelle* qui a le dernier mot ; l'erreur et le mensonge finissent inévitablement par perdre leur masque tandis que brille l'inaltérable visage de la Vérité... »

Plus tard, en constatant hors de chez nous que vos travaux sont appréciés « vous prendrez confiance en vous et conscience de votre valeur. »

Cette valeur, ajoute M. Luys, est faite — avant tout — de la puissance de travail, secondée par le Bon Sens et la Loyauté. Cette dernière entretient dans nos cœurs le sentiment du devoir et de l'honneur.

Les médecins qui figurent au premier rang des meilleurs des hommes représenteront toujours cet élément de stabilité et de moralité grâce auquel — malgré les heures douloureuses que nous vivons actuellement — on peut, avec espérance et fermeté, considérer l'avenir.

On doit remercier M. Luys d'avoir apporté ces paroles de sagesse, ces pensées de réconfort à ceux qui s'engagent dans notre profession, la plus belle de toutes « quand elle s'exerce dans cette *dignité* que lui conféra, dès son aurore, notre père à tous, l'immortel Hippocrate... »

DIGIBAÏNE
COMPLEXE TONI-CARDIAQUE
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE
LABORATOIRES DEGLAUDE, 15, boulevard Pasteur - PARIS-XVe

Cette RIGUEUR de préparation que vous appréciez dans
l'ENDOPANCRINE
INSULINE FRANÇAISE
vous la retrouverez dans
l'HOLOSPLÉNINE
EXTRAIT DE RATE INJECTABLE
et dans
l'ENDOTHYMUSINE
EXTRAIT DE THYMUS INJECTABLE
Laboratoire de l'ENDOPANCRINE, 48, rue de la Procession - Paris-XVe

INFORMATIONS

(suite de la page 358).

Protection de l'Enfance. — Le *Journal Officiel* du 29 août publie la loi n° 815 du 26 août 1942 relative à l'enfance déficiente ou en danger moral. La coordination entre les différentes administrations ayant ces questions dans leurs attributions est assurée par le Chef du Gouvernement.

Hygiène des travailleurs à domicile. — Le *Journal Officiel* du 27 août a publié la loi n° 793 du 24 août 1942, relative à l'extension aux ateliers de famille des prescriptions relatives à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs et à la protection des travailleurs à domicile contre les intoxications professionnelles.

Education nationale. — Le *Journal Officiel* du 27 août publie le décret n° 4878 du 19 novembre 1941 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 20 décembre 1940 relative à l'organisation sportive.

— Le *Journal Officiel* du 3 septembre 1942 publie le décret n° 2676 du 28 août 1942 relatif à certaines catégories de candidats aux examens de l'enseignement supérieur (prisonniers de guerre dont la captivité a duré six mois au moins après le 25 juin 1940 ; mobilisés, hospitalisés pendant la même période ; mobilisés ne remplissant aucune des conditions précédentes encore présents sous les drapeaux le 30 juin 1941 et n'ayant passé aucun examen entre le 25 juin 1940 et la date de leur démobilisation).

Ces candidats bénéficieront de mesures spéciales à condition d'en faire la demande au recteur de l'université de leur choix. Ces mesures s'appliquent *pour la médecine* à chacun des examens de fin d'année. Elles entreront en application à partir du 1er janvier 1943.

Marine. — ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. Liste alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole principale du service de Santé de la Marine.

1° EPREUVES ORALES A BORDEAUX. Ligne médicale. Candidats à quatre inscriptions : MM. Beaurain, Bordaguibel, Chambry, Duplan, Gaspard, Grivaux, Guicheney, Guidon, Le Flem, Mauvais, Ronfle. Candidat à huit inscriptions : M. Thalabard. Candidats à douze inscriptions : MM. Barety, Beau, Corgnet, d'Ausbourg, Galant, Hervé, Loez, Morvan, Père, Person, Ruault, Seignard. — Ligne pharmaceutique. Candidats stagiaires : MM. Abat, Bapsères, Gaulier, Georgin, Lagache, Métivier, Pont. Candidat à quatre inscriptions : M. Auffret. Candidat à huit inscriptions : M. Boiteau.

2° EPREUVES ORALES A TOULON. Ligne médicale. Candidats à quatre inscriptions : MM Aldebert, Armstrong, Barthe, Baylet, Bazan, Becker, Bedry, Bernet, Bersihand, Blanc, Bordat, Bouchet, Bozon-Verduraz, Bretonnière, Cabanon, Camprasse, Carrère, Chambon, Claude, Clément, Collière, Cristol, de Jaureguiberry, Drouin, Faucon, Filhastre, Fillioux, Forestier, Gaillard, Gilbert-Desvallons, Goutx, Granotier, Grousset, Guidicelli, Honorat, Huet, Illes, Lafon, Lagrange, Laluque, Le Fers, Le Guiffant, Letard, Malot, Marchesseau, Micheau, Michel, Millon, Mollaret, Moussu, Navello, Nicolai, Pannetier, Pauchet, Pialoux, Pierrot, Pon, Poujol, Pujole, Quentin, Raveleau, Rives, Rosoy, Rouvière, Sais, Serizier, Tanguy, Thebault, Trapet, Vergez. Candidats à huit inscriptions : MM. Conforto, Feraud, Parde, Robin de Morhery, Romanet, Saint-André, Sicre, Vouilloux. Candidats à douze inscriptions : MM. Agnese, Barbier, Bernard, Bertet, Blandin, Carnac, Cetol, Chassary, Colobert, Delarue, Dulac, Fontan, Garrigues, Gipulo, Heckenroth, Isnard, Lacour, Mathieu, Mattei, Monestel, Pelissier, Sirvain. — Ligne pharmaceutique. Candidats stagiaires : MM. Chauvet, Ganzin, Heraud, Quilichini, Valetas. Candidats à quatre inscriptions : MM. Beltrando, Bocat, Etienne, Parinaud, Plagnol, Thurière. Candidats à huit inscriptions : MM. Fesquet, Galley.

Tous ces candidats devront se présenter :

Soit à la Faculté de Médecine de Bordeaux, le 1er septembre 1942, à sept heures trente ;

Soit à l'hôpital maritime de Sainte-Anne, à Toulon, le 21 septembre 1942, à sept heures trente, porteurs d'une pièce d'identité ainsi que de la convocation individuelle qui va leur être adressée.

Médecine et Famille. — ASSOCIATION DES MÉDECINS AMIS DE LA FAMILLE ET DES FAMILLES NOMBREUSES MÉDICALES (rattachée au Centre National de Coordination et d'Action des Mouvements familiaux, 28, place Saint-Georges, Paris (9e).

CULTURE COLLECTIVE. — *Médecine et Famille* communique : « Dans la *région parisienne* nous avons participé, avec d'autres associations de familles nombreuses, à la mise en culture d'un premier hectare planté en haricots ; puis d'autres en poireaux. Pour l'an prochain, une dizaine d'hectares sont envisagés en pommes de terre.

A la suite de l'appel adressé par la Presse, une petite équipe d'étudiants va défricher dans l'*Orne*, un premier hectare, sur les cinq qui sont mis gracieusement à la disposition de *Médecine et Famille* par le comte de Bagneux, sur la recommandation du Dr Louis Leroux, O. R. L. des Hôpitaux. Là encore, si modeste que soit cette réalisation, elle témoigne de la volonté d'aboutir de nos collègues, en dépit des difficultés qu'ils rencontrent, nous avons à notre charge les frais de l'équipe de défrichement (indemnités de nourriture) et les frais de mise en culture.

D'autres cultures collectives sont envisagées, en liaison avec certains groupements de familles nombreuses.

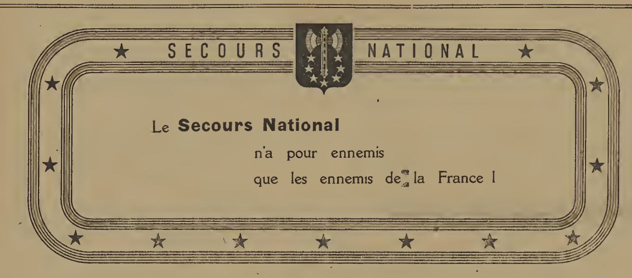
Enfin, les familles médicales parisiennes qui avaient envoyé leur premier engagement pour le ravitaillement, ont été avisées qu'elles pouvaient retirer une attribution de pommes de terre qui, pour certaines, a atteint 20 kilos.

Cette première réalisation a été organisée par le délégué général de *Médecine et Famille* et 60.000 kilos vont être ainsi délivrés aux familles groupées dans les associations de familles nombreuses. »

Pour tous renseignements s'adresser à *Médecine et Famille*.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)



PRENEZ PLUTOT un comprimé de

GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES

CORYDRANE

ACÉTYL - SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE

l'aspirine qui remonte

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)



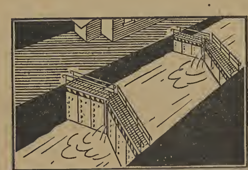
CALCIUM
POUR INJECTIONS ENDOVEINEUSES
ET INTRAMUSCULAIRES INDOLORES
CORBIÈRE

GLUCONATE
DE
CALCIUM
PUR
A 10 %

LABORATOIRE CORBIÈRE, 27, RUE DESRENAUDES - PARIS







Phytothérapie toni-veineuse
HÉMOLUOL
Varices, troubles de la ménopause,
acrocyanose, hémorroïdes, phlébites et périphlébites, engelures, couperose
LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A. - M. Guéroult, Docteur en Pharmacie - SURESNES (Seine)

Granules CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.

Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine" Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

— LA PLUS RICHE —
EN IODE ORGANIQUE
ASSIMILABLE - UTILISABLE

IODOGÉNOL
PÉPIN

GOUT AGRÉABLE - TOLÉRANCE PARFAITE

Toutes les indications de l'iode
et des iodures métalliques

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ, Courbevoie - Paris



N° 31. — 1er OCTOBRE 1942 115e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger, 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux Paris 538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) Chèques postaux : Lyon 218 (Service Gazette des Hôpitaux)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS D'ASSISTANT EN CHIRURGIE. — Tirage au sort du Jury (ordre de tirage).

Chirurgiens : MM. Deniker (honoraire), Michon, Quenu, Senèque, Boppe, Brocq, Oberlin, Bréchot (honoraire), Wilmoth, Funck Brentano. *Médecin* : M. Stevenin.

Un CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX DE PARIS s'ouvrira le 2 décembre 1942. Inscriptions du 16 au 21 novembre inclusivement.

Un CONCOURS POUR HUIT PLACES D'ATTACHÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX DE PARIS s'ouvrira le 4 novembre 1942. Inscriptions du 12 au 21 octobre 1942 inclusivement.

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Epreuves d'admissibilité. Tirage au sort du Jury (Ordre de tirage). MM. Albot, Degos, Aubin, Varangot, Seillé, Gérard-Marchant, Chabrol, Garcin, Rachet, Moulonguet, Petit-Dutaillis, Bernard (Raymond).

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR DE L'INTERNAT. — Le concours de *médecine* s'ouvrira le lundi 18 janvier 1943.

Le concours de *chirurgie et accouchements* s'ouvrira le 21 janvier 1943.

Pour ces deux concours, inscriptions du 3 au 14 novembre inclusivement.

Pour ces deux concours, le mémoire prescrit devra être déposé au plus tard le 14 novembre 1942, à 17 heures, dernier délai.

Le CONCOURS DE L'EXTERNAT s'ouvrira le 9 décembre. Inscriptions du 2 au 21 novembre 1942 inclusivement.

Hôpitaux de Lille. — CONCOURS D'INTERNAT ET D'EXTERNAT EN MÉDECINE. — Les prochains concours d'internat et d'externat des hôpitaux de Lille auront lieu comme suit :

MÉDAILLE D'OR (*Services de la Faculté de l'Etat*) : le lundi 5 octobre 1942, à l'Administration Centrale des Hospices, 41, rue de la Barre.

INTERNAT (*Services de la Faculté de l'Etat*) : le lundi 12 octobre 1942, à l'Hôpital de la Charité.

EXTERNAT (*Services de la Faculté de l'Etat*) : le lundi 19 octobre 1942, à l'Hospice Stappaert.

INTERNAT (*Services de la Faculté Libre*) : le jeudi 15 octobre 1942, à l'Hôpital de la Charité.

EXTERNAT (*Services de la Faculté Libre*) : le jeudi 22 octobre 1942, à l'Hôpital de la Charité.

Pour tous renseignements relatifs au nombre de places mises au concours, aux conditions d'inscription, etc., s'adresser à l'Administration Centrale des Hospices Civils, 41, rue de la Barre, à Lille, en semaine (sauf samedi) de 9 à 12 heures et de 14 heures à 16 heures et le samedi matin.

Hôpital de Melun (Seine-et-Marne). — UN CONCOURS SUR TITRES ET SUR ÉPREUVES (ÉCRITES ET ORALES) aura lieu à l'Hôpital de Melun (S.-et-M.), le 10 octobre 1942, POUR LA DÉSIGNATION DE TROIS INTERNES TITULAIRES ET SUPPLÉANTS (limite d'âge : 27 ans, plus éventuellement services militaires).

Les candidats munis de 12 inscriptions validées devront adresser leur demande à la Direction de l'Hôpital, avant le 5 octobre 1942.

Pour les pièces à fournir et pour tous renseignement complémentaires s'adresser à la Direction de l'hôpital.

Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne). — Une place d'interne en médecine est vacante à l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier. Le registre d'inscription des candidatures est ouvert du 15 septembre au 15 octobre 1942. Pour tous renseignements utiles, s'adresser au directeur de l'Etablissement.

Faculté de Médecine de Paris. — Le titre de professeur honoraire a été conféré à M. Antonin Gosset, professeur de clinique chirurgicale, à M. Charles Lenormant, professeur de clinique chirurgicale et à M. Laignel-Lavastine, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale.

Faculté de Médecine d'Alger. — La chaire de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Alger est transformée, à compter du 1er octobre 1942, en chaire de clinique ophtalmologique et d'ophtalmologie intertropicale.

M. Toulant, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, à compter du 1er octobre 1942, professeur de clinique ophtalmologique et d'ophtalmologie intertropicale à cette même Faculté (chaire transformée). (*J. O.*, 8 septembre 1942.)

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Sont déclarées vacantes : la chaire de clinique ophtalmologique (dernier titulaire, M. Teulières).

La chaire de clinique d'accouchements (dernier titulaire, M. Anderodias).

Faculté de Médecine de Lille. — M. Huriez, agrégé, est chargé de l'enseignement de l'hydrologie thérapeutique et climatologie.

M. Choain est chargé de l'enseignement de la physique.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Dubouloz, agrégé pérennisé près la Faculté mixte de Médecine générale et coloniale et de Pharmacie de Marseille, est nommé professeur sans chaire à cette même Faculté, à compter du 1er octobre 1942.

M. Sautet, agrégé de parasitologie près la Faculté mixte de Médecine générale et coloniale et de Pharmacie de Marseille, est nommé professeur sans chaire à cette même Faculté, à compter du 1er octobre 1942.

(*J. O.*, 8 septembre 1942.)

Faculté de Médecine de Nancy. — Le titre de professeur honoraire a été conféré à M. Perrin, professeur de clinique médicale, et à M. Robert, professeur de chimie médicale.

— Sont déclarées vacantes : la chaire de physiologie (dernier titulaire, M. Santenoise) ; la chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire, M. Michel). (*J. O.*, 18 sept. 1942.)

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier à titre posthume* : Le médecin lieutenant Marchal (Armand), du 27e B. C. A., a été cité.

Le médecin sous-lieutenant Hérisset (A. J. C.), du 32e d'artillerie, a été cité.

(*J. O.*, 17 sept. 1942.)

Médaille d'honneur des épidémies. — La *Médaille d'Or* est accordée, à titre posthume, aux Docteurs :

Arena (Jean), médecin communal à Tebessa, et Tordjman (Ernest), médecin à Guelma.

Décédés du typhus contracté dans l'exercice de leurs fonctions. (*J. O.*, 8 septembre 1942.)

Intérieur. — M. le Dr Mazingarbe est nommé adjoint au maire de Montargis.

Santé Publique. — Le *Journal Officiel* des 21-22 septembre 1942 publie *la loi n° 688 du 21 juillet* relative au rétablissement et à la création de Conseils et d'une Commission auprès du Secrétariat d'Etat à la Santé :

1° *Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France est rétabli.* La loi fixe la composition et les attributions du Conseil. Un décret règle le fonctionnement dudit Conseil ;

2° *Il est créé un Conseil permanent d'hygiène sociale ;*

3° *Il est rétabli une Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques.*

Deux décrets parus dans le même numéro du *Journal Officiel* sont relatifs à la composition et au fonctionnement de ces deux derniers organismes.

DIGITALINE NATIVELLE

AGIT PLUS SÛREMENT QUE TOUTES LES AUTRES PRÉPARATIONS DE DIGITALE

LABORATOIRE NATIVELLE — 27, Rue de la Procession, PARIS 15

INSPECTION DE LA SANTÉ. — Mme le Dr Morel-Latil, inspecteur adjoint de la Santé de Vaucluse, a été nommée médecin inspecteur de la Santé de l'Allier (*J. O.*, 18 sept.).

AUTORISATION DE PRESCRIPTION DE CERTAINES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES. — Un arrêté du 12 août 1942, paru au *Journal Officiel* du 20 septembre 1942, autorise les chirurgiens-dentistes à prescrire un certain nombre de préparations renfermant des substances vénéneuses destinées à être utilisées pour les traitements locaux de la cavité buccale (collutoires, bains de bouche, gargarismes) ou à être employées par le praticien lui-même dans l'exercice de sa profession, sans qu'ils puissent les céder à leur clientèle à titre onéreux ou gratuit.

Cours

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier (Professeur : M. L. Portes). — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE avec la collaboration de M. Varangot, accoucheur des hôpitaux, et de MM. les Anciens Chefs de clinique et Chefs de clinique en exercice.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le mercredi 14 octobre 1942 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le vendredi 2 octobre 1942, à 18 heures, à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de Médecine et continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des Notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical, d'interprétation radiologique et de radiothérapie (rœntgenthérapie et curiethérapie).

Ces leçons seront accompagnées de projections et à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés. Cet enseignement est destiné aux étudiants, aux externes et aux internes des hôpitaux ainsi qu'aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique et de la radiothérapie basés sur l'emploi des techniques les plus récentes.

Ecole de Psychologie (28, boulevard des Invalides, Paris-7e). — La séance d'ouverture de la Session 1942-1943 de l'Ecole de Psychologie sera publique et aura lieu le 4 octobre 1942, à 16 heures, à la Sorbonne (Amphithéâtre Richelieu, rue de la Sorbonne, n° 17, Paris-5e). La séance sera présidée par M. le Professeur Laignel-Lavastine, membre de l'Académie de Médecine, asisté du Dr Bérillon, fondateur de l'Ecole. Le directeur de l'Ecole, M. L. Lauléac, parlera de la solidarité des hommes dans le plan sensible, dans le plan psychique et dans le plan métapsychique.

Nécrologie

Nous avons annoncé brièvement, dans notre dernier numéro, la mort de Mme le Dr Suzanne Leconte-Lorsignol, ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Sotteville-les-Rouen. Dans *La Presse Médicale*, notre collègue, M. G. Heuyer, consacre un émouvant article à la mort héroïque de Mme Leconte. Au cours du bombardement de Rouen, le 17 août 1942, Mme Leconte a été grièvement blessée à la cuisse alors qu'elle avait fait abriter ses malades et ses trois petites filles avant de songer à elle-même. Elle a succombé quelques heures après, sans qu'une césarienne, tentée sur sa demande, ait pu permettre de sauver le quatrième enfant dont elle était enceinte.

« Le courage civil, écrit Heuyer, s'est rarement élevé aux sommets atteints par Suzanne Leconte. Elle est tombée à son poste en victime résolue, en mère dévouée, en grande Française. Elle honore la profession médicale. »

Nous prions notre confrère, le Dr Leconte, médecin-chef des Hôpitaux psychiatriques, de recevoir l'expression de la sympathie bien profonde de la *Gazette des Hôpitaux* où, tous, nous avions pour son ménage si laborieux et si uni une admiration pleine de respect.

F. L. S.

— Le Dr Maurice R. Lannois, professeur honoraire de la clinique des maladies de l'oreille, du nez et du larynx à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin honoraire des hôpitaux. Président de l'Académie de Lyon, officier de la Légion d'honneur, décédé à Ecully (Rhône), le 19 septembre 1942, dans sa 86e année. M. Lannois était membre correspondant de l'Académie de Médecine depuis 1911.

— Le Dr Michel Girard, décédé à Lyon à l'âge de 63 ans.

— Le Dr Raymond Despiney, décédé à Lyon.

— Le Dr René Condamin, décédé à Lyon à l'âge de 78 ans.

— Le Dr Louis Rambert, décédé à Toulouse.

— Le Dr Olive, ancien assistant d'E. R. des hôpitaux de Paris, médecin de l'état civil, décédé à Saint-Martin-du-Tertre (S.-et-O.).

— Le Dr Albert Vast, à Vitry-le-François.

— Nous apprenons le décès de M. Roger Norguet, chef des Services administratifs de l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e). Il laissera de vifs regrets parmi les très nombreux confrères qui ont connu son zèle entièrement dévoué au corps médical.

Le Congrès des Conseils de l'Ordre de la zone non occupée, à Aurillac le 23 août 1942

UN IMPORTANT EXPOSÉ DU SECRÉTAIRE D'ETAT A LA SANTÉ

Au cours de la réunion des Présidents et Secrétaires généraux des Conseils de l'Ordre de la zone non occupée qui vient de se tenir à Aurillac, le Dr Raymond Grasset, Secrétaire d'Etat à la Santé, a passé en revue un certain nombre de questions de haute actualité.

Ce fut d'abord l'attribution de nouveaux pouvoirs que lui donne la loi sur la *Sauvegarde de la santé publique* (*Gaz. Hôp.*, 1942, p. 342).

La réforme de la *fiscalité* fut ensuite l'objet d'un exposé très clair. Cette question épineuse a été aussi résolue : le médecin aura le droit d'opter entre deux systèmes : les bénéfices réels et les bénéfices forfaitaires. Les bénéfices réels devront faire l'objet d'une déclaration du contribuable. Elle pourra être vérifiée à l'aide du livre-journal et de la comptabilité des dépenses. En cas de désaccord sur la base de l'imposition, cette base serait soumise à l'avis d'un *préconciliateur* désigné par le Conseil régional de l'Ordre. Le projet comporte la suppression du reçu, la renonciation à l'inscription sur les feuilles de maladie des A. S. des honoraires effectivement payés par les assurés ; l'institution d'un taux intermédiaire, l'allégement des patentes, etc.

Les allocations familiales vont être l'objet d'aménagements, notamment en ce qui concerne les médecins âgés, chefs de famille ayant élevé plus de quatre enfants jusqu'à l'âge de quatorze ans.

Le sort des *médecins en captivité*, leur relève et la sauvegarde de leurs intérêts ont fait l'objet d'un complet exposé, sur lequel nous revenons plus loin.

La question des *médecins étrangers* n'est pas perdue de vue. Au 11 août, 1.388 praticiens étrangers avaient reçu l'interdiction d'exercer. 400 avaient été relevés de l'interdiction.

La *retraite des médecins*, les questions du *carburant*, de la *carte T* et celle des *médecins propharmaciens* furent longuement exposées.

Enfin le Ministre aborda le projet de *Corporation*.

On en trouvera plus loin, p. 381, les grandes lignes.

Ordre National des Médecins

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE

COMMISSION DE PROTECTION DES INTÉRÊTS DES MÉDECINS PRISONNIERS

SITUATION FAITE AUX MÉDECINS VOLONTAIRES POUR LA RELÈVE. — Les médecins affectés à ces services prennent la place du relevé dont ils assurent le service selon le même régime de vie, mais il a été assuré qu'ils ne seront pas traités comme les autres prisonniers ; ils sont appelés à bénéficier d'un régime sensiblement différent : mesures de faveur au point de vue logement, service postal, etc...

Une ration alimentaire et deux étiquettes de colis supplémentaires seront distribuées.

Autorisation est accordée de promenades trois fois par semaine, sous surveillance quasi-inexistante : les rapports avec la population civile restent interdits.

Au point de vue pécuniaire, avantages sérieux. En plus de la solde et des indemnités, indemnités de trente francs par jour pour les journées passées en France et de mission pour les journées passées en Allemagne, ces dernières étant de :

377 francs par jour pour colonels et lieutenants-colonels ;

357 francs par jour pour commandants et capitaines ;

266 francs par jour pour lieutenants et sous-lieutenants.

Toutes facilités pour délégation de solde.

Des voyages sont préparés en première classe par les soins du Val-de-Grâce et de la Direction du Service de Santé.

M. le Médecin-Inspecteur s'efforcera de donner satisfaction aux préférences relatives à la région et à l'exercice de la spécialité.

Naturellement, ces vues sont d'ordre général et peuvent varier selon les camps, suivant la façon dont le règlement peut être compris et appliqué par les commandants de camp.

Le séjour est fixé à un an.

Renseignements

Masseur des hôpitaux, dipl. d'Etat., assurerait service régulier même chargé clin., disp., etc. S'adresser Zadri, 15, rue de la Santé. Gob. 51-87.

Fonds de :
MAISON DE SANTÉ médico-chirurgicale
à Paris, 5 *bis*, rue du Dôme
dén. « *Maison de Santé Victor-Hugo* »
Adj. Et. Me R. DAUCHEZ, not. 37, quai Tournelle, le 13 octobre, 14 h. 30. Mise à pr. : (ne pt êt. b.) 250.000 fr. Cons. : 50.000 fr. S'adr. : BARTHÉLEMY, synd., 3, rue Séguier et not. 2521

BEAU DOMAINE AGRÉMENT ET RAPPORT
entièrement restauré, 12 Ha, trente minutes Paris, belle région, cure d'air, forêt, panorama. Grand parc, pièce d'eau, bois, g. conf., chauffé.
EXCELLENTE NOURRITURE
assurée par exploit. agricole annexe de 6 Ha. Accepterais actionnaire ou participat. en vue aménagement Maison de repos ou séjour person. docteurs p. week end ou longue durée. Ecr. p. rens. à M. THIOLLIER, 116, bd Raspail.

Institut catholique d'Infirmières diplômées
85, rue de Sèvres, Paris
Téléphone : LITtré 59-80
INFIRMIÈRES DIPLOMÉES
GARDES-MALADES
SAGES-FEMMES ET RELIGIEUSES
Prix : de 60 à 120 fr. par jour
Connaissances techniques supérieures
Qualités morales assurées
L'Institut n'a jamais fermé malgré la guerre

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-Xe



DIURÈNE

EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris





Extrait d'Orges germées sélectionnées

Possède une haute valeur de
NUTRITION
88 % de Maltose
2,5 % de Phosphates organiques

Facilite considérablement la
DIGESTION
par ses diastases actives

Favorise le processus de l'
ASSIMILATION
44 mg. de Vitamines B_1 par 100 g. de produit (titrage obtenu par l'électrophotomètre de P. Meunier)
Fer, Manganèse, Magnésium sous forme organique.

LABORATOIRES MOSER & Cie 8, CHEMIN DE MONTBRILLANT • LYON

CORAMINE

NOM DÉPOSÉ

Diéthylamide de l'acide pyridine β carbonique

CIBA

TONIQUE CARDIO-VASCULAIRE
ET RESPIRATOIRE

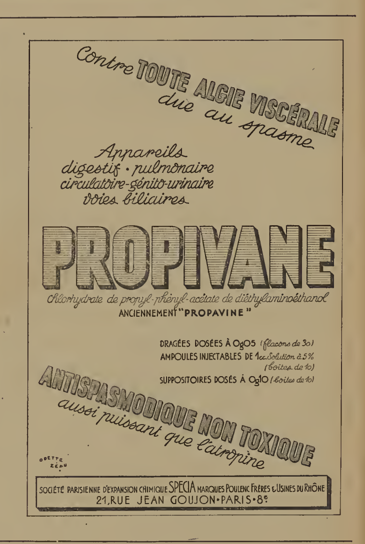
GOUTTES
XX A C PAR JOUR

AMPOULES
1 A 8 PAR JOUR

LABORATOIRES CIBA - Dr P. DENOYEL
103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON

FLUXINE
Gouttes et Dragées







VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS
LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL
DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

REVUE GENERALE

L'ANOSOGNOSIE

SYNDROME D'ANTON-BABINSKI

Par M. Jean Lhermitte
Membre de l'Académie de Médecine

Lorsque en la séance du 11 juin 1914 de la Société de Neurologie de Paris, J. Babinski rapportait l'observation de plusieurs malades qui témoignaient d'une perturbation singulière, tout ensemble physiologique et psychologique, et caractérisée par la méconnaissance par un sujet, ni dément, ni délirant, d'une affection aussi grossièrement visible que l'hémiplégie, bien des neurologistes se montrèrent sceptiques ou incrédules. Et, cependant, il n'était pas de constatation plus exacte, l'avenir se chargea de le démontrer.

Pendant de longues années, le syndrome que Babinski proposait de désigner par un nouveau vocable, l'anosognosie, demeura fort mystérieux dans son essence, et même, il faut le reconnaître, fut tenu par certains esprits pour incompréhensible. Aujourd'hui, grâce à l'introduction en neuropathologie de la notion du schéma corporel ou mieux de l'image de notre corps (The Bodily Image, the Appearance of the Body), nous sommes infiniment mieux préparés à pénétrer le mécanisme psychophysiologique qui règle le syndrome décrit par Babinski. Et c'est pourquoi nous nous proposons de présenter ici, en raccourci, le tableau clinique de l'anosognosie et de démontrer quelles en sont les bases anatomiques, ainsi que d'en exposer le déterminisme psycho-physiologique.

⁂

Ainsi que l'exprime à merveille le terme proposé par Babinski, l'anosognosie répond à la méconnaissance d'une affection grossièrement évidente par le sujet qui en est atteint. Un hémiplégique, par exemple, tient pour assuré qu'il n'est aucunement paralysé, alors que, spontanément, sur commandement il se montre incapable de mouvoir même le petit doigt. Il y a plus : dans la plupart des faits, l'anosognosique ne se borne pas à ignorer la paralysie mais devant l'évidence la plus flagrante, il refuse obstinément à y croire. Davantage encore il s'en moque, il en plaisante, il fait des coq-à-l'âne à propos de cette paralysie qui est, dit-il, plutôt dans l'esprit du médecin que dans la réalité. Evidemment tous nos anosognosiques ne montrent pas une telle jovialité, mais tous affectent une indifférence saisissante vis-à-vis de l'impuissance motrice dont leurs membres sont frappés. On peut donc dire que, à l'anosognosie, s'ajoute l'*anosodiaphorie*.

Si, en France, Babinski eut le grand mérite d'attirer l'attention sur le symptôme qu'il décrivait, celui-ci n'avait pas été méconnu par ses devanciers. Déjà, en 1885, von Monakow s'étonnait que certains malades atteints de cécité complète par destruction des lobes occipitaux méconnussent résolument leur cécité ; plus tard, Rieger-Wolff, Dejerine et Violet, Redlich et Bonvicini, firent une identique observation. Mais c'est à Anton qu'il convient d'accorder le bénéfice de nous avoir livré la description la plus complète du syndrome que nous avons en vue. Avec une singulière pénétration, Anton (de Gratz) fit voir que certains malades frappés d'une affection évidente aux yeux de tous, la méconnaissent avec une curieuse obstination, encore que leurs facultés de jugement, de critique, d'intelligence soient conservées ; tel sujet aveugle ne reconnaît pas sa cécité, tel hémiplégique ne peut avouer que ses membres sont paralysés et impuissants. Non seulement, poursuit Anton, les malades ne font aucun effort pour utiliser leurs membres paralysés, mais ils semblent ignorer leur paralysie et s'en désintéresser. Tout l'essentiel du syndrome est parfaitement indiqué.

Depuis 1914, une série de travaux ont eu pour objet l'anosognosie, mais si ces recherches que nous devons à Barré, Morris et Kaiser, à Ludo van Bogaert, à Garcin, ont précisé les limites du syndrome et en ont approfondi les éléments, rien de nouveau n'y a été ajouté. Ainsi que nous l'avons indiqué, le syndrome d'Anton-Babinski apparaît fait de deux éléments : l'un purement physio-pathologique, l'hémiplégie, l'autre de nature psychologique puisqu'il s'agit de la non reconnaissance du déficit moteur le plus grossier et de l'indifférence que le sujet manifeste vis-à-vis de celui-ci.

Voilà le côté *positif* de l'anosognosie ; du côté *négatif* nous relevons la conservation des fonctions supérieures d'entendement, de jugement, de critique, de mémoire, d'orientation dans le temps et l'espace, enfin l'intégralité de la fonction du langage. Il est bien évident que si l'on veut être autorisé à porter le diagnostic d'anosognosie, il est de nécessité que l'on puisse interroger le malade, que celui-ci ait à sa disposition les mots par lesquels il peut traduire ses idées, ses sentiments, ses impressions. Ceci explique, sans qu'il soit besoin d'y insister, que l'anosognosie chez le droitier, ait été observée sinon presque exclusivement, du moins avec une grande prédominance, associée à l'hémiplégie *gauche*.

Si la paralysie, du point de vue intrinsèque, n'offre aucun caractère spécial et se présente comme la plus banale des hémiplégies de cause cérébrale, il convient d'ajouter que, dans la plupart des faits, à l'impuissance motrice accompagnée des modifications du régime des réflexes superficiels et profonds, se joignent des modifications notables des sensibilités superficielles et profondes, sur lesquels, d'ailleurs, Babinski et Dejerine attiraient l'attention en en soulignant l'intérêt pathogénique.

J'ai personnellement observé quatre cas des plus typiques du syndrome d'Anton-Babinski et relevé, comme ces auteurs, la présence de perturbations des sensibilités profondes sur les membres paralysés ; mais si ces lésions de la sensibilité doivent être tenues pour importantes, il s'en faut de loin que celles-ci soient en mesure de rendre compte de l'anosognosie en ce qu'elle a de plus personnel. Est-il besoin de rappeler que les sujets rendus hémianesthésiques par la destruction de la couche optique, telle qu'on l'observe dans le syndrome de Dejerine-Roussy, ne sont jamais atteints d'anosognosie. Et pourtant, dans le syndrome de la couche optique, le déficit des sensibilités s'avère beaucoup plus profond que dans maints cas d'anosognosie. Observons enfin que l'ignorance de la paralysie et l'indifférence du sujet à son endroit ne se montrent jamais proportionnées à la profondeur du déficit des sensibilités.

Voici de quelle manière se présente en clinique le syndrome d'Anton-Babinski. Un sujet est frappé d'ictus apoplectique et auquel succède une hémiplégie gauche, complète, absolue, totale ou parfois ménageant la face. La période de choc étant écoulée, le patient répondant correctement à toutes les questions qui ne se rapportent pas à sa maladie actuelle et se montrant lucide et bien orienté, on l'interroge sur la motilité compromise. « Montrez-moi votre main gauche ». Il tend la droite en disant, la voilà. Il en va tout de même pour le membre inférieur. Mais, lui dit-on, n'êtes-vous point paralysé du côté gauche ? Une franche dénégation est la réponse que l'on reçoit. L'on poursuit : « Montrez-moi donc votre main gauche », et c'est encore et toujours la droite qui nous est offerte. On rectifie alors : « Mais ce n'est pas la main gauche que vous m'avez montrée, c'est la droite ». « Montrez-moi donc la gauche, *l'autre* main », et derechef, la droite vous est présentée. Bien plus encore, si l'on montre au malade sa propre main gauche, il ne la reconnaît pas, il ne la tient pas pour sienne et la considère comme une main étrangère. « Non, non, ce n'est pas ma main », répète-t-il obstinément. Le défaut d'identification de sa propre main peut s'exagérer au point que le sujet attribue à une autre personnalité les mouvements automatiques ou réflexes que ses membres paralysés exécutent.

Voici, pour exemple, un de nos malades qui, atteint d'hémiplégie gauche complète consécutive à une oblitération complète de la sylvienne droite se refuse à admettre la réalité de sa paralysie, et qui, en outre, prétend qu'une main étrangère « lui appuie sur le ventre et l'étouffe » ; « cette main, poursuit-il, m'agace, elle n'est pas à moi et j'ai peur qu'elle ne me donne un coup de poing ». C'était pendant les heures de la nuit que l'intrusion de cette main étrangère se faisait sentir et dans l'anxiété où il était de trouver à quelle personne attribuer cette main singulière, qui venait le troubler, notre patient se demandait si ce n'était pas son voisin de lit qui lui faisait des farces.

En dehors de cette anosognosie et du phénomène étrange de l'attribution à autrui de son membre propre, ce malade présentait encore des modifications du psychisme que nous avons déjà indiquées plus haut et qui figurent avec une fréquence impressionnante dans le syndrome d'Anton-Babinski. Nous entendons ici le changement de l'humeur et du caractère du malade, lesquels apparaissent en opposition complète avec la situation malheureuse dans laquelle celui-ci se trouve placé. Ici, nous relevions une particulière tendance à la plaisanterie, au coq-à-l'âne, une euphorie bien propre à étonner et qui s'apparentait au tour d'esprit des malades atteints de « moria frontale » ou encore des sujets en proie à la psychopolynévrite de Korsakow.

Il est des cas dans lesquels cette altération du psychisme se montre encore plus profonde. Un malade de Potzl, par exemple, prend sa main paralysée pour un long serpent. Lorsqu'on lui présente son membre supérieur inerte, il répond : « Je ne sais d'où cela vient, c'est aussi long et aussi dépourvu de vie qu'un serpent mort ».

Voici encore un fait bien étrange que nous rapporte Biancone : une malade hémiplégique gauche et hémianesthésique prétend que son côté gauche appartient à une personne couchée près d'elle ; et si on lui demande de montrer le pied de cette étrangère, elle désigne son propre pied gauche. Récemment, Mollaret a présenté une observation analogue où l'on voit un sujet hémiplégique gauche, et anosognosique, demander avec insistance qu'on lui rende son bras et son oreille qui ont disparu.

Ainsi que nous l'avons souligné, l'anosognosique n'est pas seulement dans l'ignorance de son hémiplégie mais il reste convaincu, malgré les preuves multiples qu'on lui administre, qu'il est impossible qu'il soit paralysé. Certains malades affirment, en outre, qu'ils seraient capables de marcher si on le leur permettait. Nous avons observé un fait de ce genre chez un hémiplégique gauche.

Il est, en outre, à relever que l'anosognosique paralytique peut aller jusqu'à éprouver l'impression qu'il déplace dans le sens ordonné ou voulu le membre paralysé. Schilder rapporte, en effet, l'observation de plusieurs malades qui affirmaient, de la meilleure foi du monde, avoir levé le bras gauche alors qu'il n'en était rien. Ces patients avaient ressenti le sentiment du mouvement sans en avoir en rien ébauché même l'esquisse ; à la manière des amputés qui s'imaginent serrer dans leur main fantôme des objets ou appuyer sur le sol avec leur plante imaginaire.

Entre l'illusion de l'anosognosique et celle de l'amputé, il y a encore bien d'autres analogies. En voici une preuve. Certains anosognosiques éprouvent la sensation que leur main ou leur pied paralysés sont séparés du tronc par un « vide ». Il y a un trou, disent-ils, entre

ma main et mon bras ou entre mon pied et ma hanche. Pour certains, la main paraît avoir été complètement détachée.

Ajoutons encore que l'orientation somato-psychique se montre aussi, bien souvent, troublée et que les malades sont impuissants à se reconnaître, à s'orienter sur leur propre corps, par autotopoagnosie, selon l'expression de Pick. Un malade d'Albrecht, atteint d'hémiplégie gauche, avait perdu toute notion de position de son bras gauche. « Il doit être quelque part à gauche », déclarait-il ; quant au pied, il est bien au-dessous. Il y a mieux encore : Engerth nous rapporte le cas d'un hémiplégique gauche qui, au cours d'une bouffée délirante, éprouve la terrifiante impression que toute la moitié gauche de son corps ne lui appartient plus ; davantage, que cette moitié a été séparée de son corps et fixée à un crochet où l'on suspend les bêtes abattues. Il n'est pas inutile de rappeler que ce sujet était boucher de son état et entaché d'éthylisme.

Nous pouvons rapprocher de cette singulière observation un fait non moins curieux qu'a publié notre collègue L. van Bogaert (d'Anvers). Un malade frappé d'hémiplégie droite affirme ressentir dans toute la moitié paralysée des sensations bizarres mais toujours désagréables ; toute cette moitié droite lui semblait appendue à sa personne comme un « corps mort », un accessoire inutile et gênant. A ce sentiment de dépersonnalisation, s'ajoutaient des phénomènes encore plus singuliers : le pied et la jambe droits se plaçaient dans des positions étranges : lorsque le sujet était à table, il croyait que sa jambe s'engageait sous la chaise d'un voisin, en auto cette même jambe donnait l'impression d'être prise entre les montants d'un strapontin. Ainsi que le fait remarquer van Bogaert, dans les faits de ce genre, lorsque l'image de la moitié du corps reprend sa place dans la conscience, elle s'y dresse comme une personne étrangère, intruse, anormale, rappelant en cela la perception des membres fantômes des amputés.

Bien que, dans la majorité des faits, l'anosognosie apparaisse comme un phénomène durable, en d'autres éventualités le syndrome d'Anton-Babinski se montre temporaire ou à éclipse. Nous avons constaté pour notre part, à plusieurs reprises, l'anosognosie typique à la suite des ictus apoplectiques de causes variées ; mais, dès que les fonctions sensitivo-motrices se restauraient, le malade reprenait conscience de la moitié du corps paralysé.

Mais beaucoup plus dignes de remarque sont les faits qui montrent l'anosognosie se produire d'une manière soudaine et intermittente. Il semble que ce soit spécialement à la suite des traumatismes cérébraux que cette modalité d'anosognosie se soit le plus souvent présentée à l'observation. En voici un exemple que nous prenons chez Guttmann, Un blessé de la région temporale éprouve à certains moments, et soudainement l'impression que sa main gauche lui devient étrangère, n'appartient plus à son corps ; en même temps sa tête tourne du côté gauche, puis survient un paroxysme convulsif. Il est de toute évidence que la suppression de l'appartenance de la main gauche, ce sentiment de dépersonnalisation partielle doit être considéré comme une aura de qualité particulière. Tout récemment, R. Garcin et J. Guillaume ont rapporté un fait assez analogue, également chez un blessé de guerre. Subitement ce malheureux patient avait l'impression que son bras gauche lui devenait étranger, en même temps qu'il se multipliait trois ou quatre petites mains appendues à des avant-bras fantômes se développaient sur le membre réel.

Le syndrome d'Anton-Babinski appartient surtout à l'hémiplégie gauche, cependant, et cette donnée mérite de n'être pas oubliée, plusieurs observations témoignent que l'anosognosie peut doubler la paralysie du côté droit; bien plus encore, l'anosognosie peut apparaître hors de toute proportion avec la paralysie.

Voici, par exemple, un malade de 54 ans, observé par van Bogaert, ancien paludéen et artério-scléreux dont le comportement attira l'attention. L'on remarquait, en effet, qu'à table, il plongeait le coude gauche dans l'assiette de son voisin, qu'il renversait les objets avec le bras gauche sans s'en soucier le moins du monde, que manifestement il négligeait complètement son côté gauche, comme si le sentiment de celui-ci s'était effacé. Ainsi, l'analyse clinique du syndrome d'Anton-Babinski nous révèle que celui-ci est fait du groupement de symptômes de nature différente puisque nous y voyons figurer l'indifférence du sujet vis-à-vis d'une affection grave telle que l'hémiplégie, phénomène d'*anosodiaphorie* auquel s'ajoute la perte du sentiment d'une moitié du corps, c'est-à-dire d'une *hémiasomatognosie*.

Comment expliquer une aussi singulière perturbation ? Au moment où Babinski décrivait le syndrome de l'anosognosie, tout ou à peu près tout de ce phénomène pathologique était entouré de mystère, aussi les esprits sceptiques ne manquaient pas qui cherchaient à attribuer au fléchissement des facultés l'origine de la méconnaissance d'une moitié du corps. Et, cependant, aussi bien Anton que Babinski avaient fortement souligné le fait que l'anosognosie apparaissait chez des sujets dont les fonctions mentales n'étaient nullement désagrégées et insisté également sur cette donnée essentielle que l'indifférence pour l'impuissance motrice, comme aussi l'ignorance dont les sujets témoignaient pour leurs membres paralysés, formaient un saisissant contraste. A ce propos même, Souques rapportait l'observation d'un médecin anosognosique et hémiplégique gauche dont l'activité psychique était demeurée si parfaite que notre confrère était capable de corriger les épreuves d'un travail qu'il livrait à la publication.

L'introduction en neurologie de la notion de l'image corporelle, de l'image de soi, du schéma corporel devait permettre d'éclairer singulièrement les fondements psycho-physiologiques du syndrome de l'anosognosie.

A la suite des travaux de Henry Head et de Paul Schilder, en particulier, il fut reconnu que nous possédions, soit dans la plénitude de notre conscience, soit dans la frange de celle-ci, une image, une représentation, un sentiment complexe de notre corporalité. C'est à l'étude de celle-ci que nous avons consacré un récent ouvrage dans le dessein d'établir quelles sont les données positives sur lesquelles se fonde la conception de l'image de notre corps et, d'autre part, de montrer de quelle manière les processus morbides sont capables de la modifier, soit en la mutilant, soit en l'émancipant, soit encore en en faisant resurgir les fragments lorsqu'une amputation a privé cette image de son support physique.

Ainsi que nous l'avons fait voir, nous avons toujours présents à la conscience le sentiment, la notion de notre corporalité. La plus simple démarche d'introspection nous en garantit la validité ; au reste, comment pourrions-nous agir sur les choses qui nous entourent si nous n'avions pas présent à l'esprit le volume de notre corps, la manière dont se disposent les segments de nos membres ? Sans doute, cette image est sous-tendue par les sensations plus ou moins obscures qui nous viennent du jeu des articulations, de la tension de nos muscles, des excitations incessantes dont notre tégument est le siège ; mais, même lorsque toutes ces afférences font défaut, l'image de notre corps ne s'efface point de notre conscience, ainsi que le démontrent les hallucinations des amputés et les membres fantômes que créent les lésions destructives des nerfs, des plexus, de la moelle épinière ou du cerveau. C'est pourquoi, si la diminution des sensibilités que l'on observe sur les membres paralysés de l'anosognosique est un fait fréquent, l'hémihypoesthésie ne saurait rendre compte de l'amputation de la moitié de l'image corporelle. En exige-t-on d'autre preuve ? Lorsque le relai sensitif central, la couche optique, est complètement détruite par un ramollissement, par exemple, ce qui est assez commun, il n'en résulte pas, pour autant, la disparition de l'image corporelle, les malades atteints de syndrome thalamique sont privés de toutes les sensations superficielles et profondes sur la moitié du corps et, cependant, ne sont pas anosognosiques. Quelque chose de plus est nécessaire : une lésion du cortex cérébral. Et cela ne peut surprendre puisque nous savons que c'est dans les circonvolutions cérébrales que se déroulent les processus psycho-physiologiques les plus élevés et que, d'autre part, l'on ne saurait nier que l'anosognosie constitue une manifestation psychologique par excellence, de même d'ailleurs que les membres fantômes des amputés, ainsi que le spécifiait déjà Charcot.

Or, que nous révèlent les constatations anatomiques dans l'anosognosie ? Ceci : que les lésions portent sur la corticalité cérébrale, et plus spécialement sur le cortex de l'hémisphère droit. Dans les quatre cas qu'il nous a été donné d'observer, de même que dans les faits qu'ont rapportés Anton, Babinski, P. Schilder, Barré et ses collaborateurs, O. Potzl, Albrecht, Biancone, l'hémiplégie siégeait du côté gauche. Toutefois, ce serait erreur que de penser que seules les altérations destructives de l'hémisphère droit puissent exclusivement être la source de l'anosognosie ; les observations de P. Schilder, de K. Menninger-Lerchenthal le démontrent, encore que nous soyons fort surpris de lire sous la plume d'un auteur aussi averti que Menninger-Lerchenthal cette affirmation : que l'anosognosie est plus fréquemment conditionnée par une lésion de l'hémisphère gauche que du cerveau droit. Mais, si la lésion génératrice du syndrome d'Anton-Babinski s'avère de siège cortical et de localisation hémisphérique droite, cette altération doit-elle être tenue pour diffuse ou localisée ? Ici encore, les faits anatomiques nous autorisent à répondre que l'anosognosie correspond à une lésion destructive limitée du cortex cérébral laquelle frappe avec une curieuse et fort instructive électivité, la circonvolution pariétale inférieure, la première temporale, le gyrus supra marginal, point de raccordement de P^2 et de T^1 le pli courbe ou gyrus angulaire, pli de passage entre P^2 et T^2.

Cette localisation peut s'affirmer d'une manière encore plus précise. Ainsi, dans un cas d'hémiasomatognosie gauche, dont une des particularités, non la moins singulière, était de se montrer indépendante de toute paralysie ainsi que toute perturbation des sensibilités, l'étude de l'encéphale que nous avons poursuivie sur coupes microscopiques sériées avec J.-O. Trelles nous a montré que, seuls, le lobule pariétal inférieur et ses prolongements (pli courbe et gyrus supra marginal) étaient affectés par le processus atrophique, car il s'agissait, dans ce cas, d'une atrophie corticale circonscrite d'ordre abcotrophique, en bref, d'une maladie de Pick.

Certes, l'on ne saurait s'aventurer avec trop de prudence dans l'interprétation physio-psychologique de phénomènes aussi complexes que le sont l'anosognosie et l'hémi-asomatognosie, mais cependant si nous nous refusons à croire, comme le faisaient nos devanciers, à l'existence de centres d'images situés dans les profondeurs de l'écorce cérébrale, nous sommes obligés d'admettre la réalité de dispositifs anatomiques cérébraux grâce auxquels s'effectuent les synthèses de nos sensations et de nos mouvements. Or, de quelle manière la désorganisation de ces dispositifs est-elle susceptible de nous rendre compte de l'amputation de la moitié de l'image de notre corporalité telle que nous la révèlent l'anosognosie et l'hémi-asomatognosie ?

Certes, la destruction des récepteurs corticaux des sensibilités ne doit pas être sous-estimée, car c'est grâce à leur intégralité fonctionnelle que se réalise la synthèse des perceptions et des sensations dont nos membres sont l'objet ; toutefois, cette désorganisation n'explique pas tout. Nous devons faire appel à d'autres notions dont la principale est le rôle majeur que jouent dans le développement et le maintien du sentiment de notre corps, de notre schéma corporel, les images et les représentations visuelles.

Paul Schilder et O. Potzl, entre autres, ont, avec force, insisté sur cette donnée primordiale. Lorsque nous nous représentons notre corps dans l'espace, nous associons toujours aux images de mouvement, aux résidus de nos sensations musculaires, tactiles, articulaires, des représentations visuelles, de telle sorte que tout donne à penser, *a priori*, que la déficience de celles-ci doit entraîner un déficit plus ou moins profond de notre image corporelle. Il est bien entendu que nous n'envisageons ici que les voyants, les aveugles-nés se comportent tout autrement.

Or, si l'on approfondit l'étude des lésions corticales qui conduisent à l'hémi-asomatognosie et donc à l'anosognosie, l'on ne peut qu'être frappé par le fait que le processus destructif atteint et désorganise les faisceaux qui unissent le lobe occipital, c'est-à-dire les sphères visuelles bases de nos perceptions et de nos représentations visuelles, avec la sphère sensitivo-motrice. Comme l'a fait voir le premier, O. Potzl, il est légitime d'accorder une importance de premier plan à l'altération de ce faisceau qu'a décrit Elliot Smith sous les termes de bandelette visuelle sensorielle (striee interpariétale de Potzl) faisceau qui réunit la pariétale ascendante au sein de laquelle s'effectuent les intégrations sensitives aux circonvolutions occipitales, siège des intégrations visuelles. Du fait de cette scission, l'influence des représentations visuelles cesse de s'effectuer sur ce que Münk appelait la « Kœrperfühlsphäre », c'est-à-dire les centres sensorio-moteurs communs.

De toute évidence, cette explication physio-pathologique pour valable qu'elle nous apparaisse n'épuise pas tous les problèmes que nous pose l'anosognosie, mais du moins, grâce à elle, nous pouvons mieux situer le syndrome et en appréhender les bases fondamentales, lesquelles appartiennent en partie au corps et en partie à l'esprit.

QUELQUES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NÉPHRITES CHRONIQUES

Par M. le Prof. Dalous et M. Jean de Brux

(de Toulouse)

Bien que déjà souvent préconisé et mis en œuvre avec d'importants résultats, le traitement chirurgical des néphrites chroniques paraît encore à beaucoup de praticiens une gageure ; pourtant, il convient de se rendre compte que si les travaux de Widal et de son école ont fait faire un immense progrès à l'étude pathogénique et thérapeutique des néphrites il ne convient pas de s'en tenir là. En effet, il est admis qu'il existe des néphrites chroniques avec syndrome chlorurémique, azotémique, hypertensif plus ou moins intriqués, mais nous ne les voyons le plus souvent qu'à un stade presque terminal alors que l'évolution des processus de sclérose des différents parenchymes ne laisse plus grande chance d'espérer une amélioration. Observés encore en cours d'évolution, malades et médecins se leurent d'un espoir de guérison parce que l'exploration fonctionnelle du rein ne s'avère pas franchement mauvaise ; on met alors en œuvre un régime généralement mal suivi par un malade qui se lasse, ou des cures thermales qui agissent moins sur le rein que sur les causes extra-rénales de la diurèse. Automatiquement, au bout de quelques années, voire de quelques mois, le malade présente des signes de déficience rénale progressive et aboutit inexorablement à la chronicité indélébile et à la mort.

Nous ne voulons pas ici reprendre les discussions concernant les diverses classifications des néphrites chroniques. Un fait demeure cependant indéniable dans leur pathogénie (et c'est ce que les biopsies ont confirmé avec une évidence et une netteté qui ne laisse aucune place aux discussions), *c'est l'importance des lésions vasculaires qui conditionnent secondairement l'apparition des lésions des éléments sécréteurs : lésions de capillarite glomérulaire d'origine infectieuse ou toxique, auxquelles s'ajoutent des lésions dystrophiques liées à l'existence d'un spasme vasculaire sur lequel Volhard a attiré l'attention.*

Ce spasme, en effet, qui paraît dès le début de l'affection, aggrave les lésions primitives et par l'ischémie qu'il engendre, détermine de nouvelles lésions, quelle que soit la pathogénie de ce spasme. D'abord rénal, il diffuse rapidement à tout le système artériolaire de l'économie : c'est lui qui semble responsable de l'hypertension artérielle que l'on voit au cours des poussées évolutives des néphrites chroniques et de tous les troubles subjectifs, céphalées, insomnie, pâleur, accusés par le malade.

Le but des interventions chirurgicales sera donc (et ceci découle des travaux d'Ambard et Papin, Rathery et Mayer, J. Fabre et Dambrin, Cornil et Malméjac, Leriche et Fontaine) :

1° D'augmenter la vascularisation rénale, par exemple en favorisant cette vascularisation par des anastomoses vasculaires nouvelles ;

2° De lever le spasme vasculaire.

Sur quels malades atteints de néphrite chronique peut-on tenter le traitement chirurgical ?

Nous laissons volontairement de côté les formes de néphrites glomérulaires à évolution subaiguë ou subchronique, dont l'évolution se fait inexorablement vers la mort en quelques mois, avec élévation de la tension artérielle et déchéance rénale très rapide, formes qu'il convient d'opérer d'extrême urgence, toute thérapeutique médicale dès le début s'avérant vaine.

Nous allons essentiellement porter notre attention sur les néphrites glomérulaires chroniques diffuses ayant débuté de 5 à 10 années auparavant à la suite d'une angine, d'une scarlatine, d'une maladie infectieuse quelconque. Le malade accuse des troubles subjectifs généralement assez vifs et surtout on peut mettre en évidence une triade symptomatique qui signe incontestablement l'atteinte glomérulaire : œdème des paupières et de la face, hématurie macro ou microscopique, élévation parfois seulement discrète de la tension artérielle. L'interrogatoire minutieux du malade révèle qu'à plusieurs reprises il a présenté de semblables poussées, mais qu'au bout de quelques jours, sous l'influence du repos, du régime hypoazoté et déchloruré, tout est rentré dans l'ordre. Mais les poussées se sont succédées plus fréquentes à intervalles plus rapprochés, cédant mal au traitement et au régime ; les troubles subjectifs sont devenus de plus en plus pénibles. Le malade se lasse et demande qu'il soit tenté autre chose. Ce sont ces malades qu'il sera le plus facile de convaincre de l'utilité d'une intervention dont le but sera d'améliorer la vascularisation rénale, de lever le spasme diffusé générateur de la plupart des troubles subjectifs et de stopper à peu près complètement le processus évolutif... Encore faudra-t-il que le malade soit justiciable de la thérapeutique chirurgicale. Ce sont ces indications et contre-indications que nous allons étudier.

Nous allons faire le bilan complet rénal, vasculaire, cardiaque, oculaire de ce malade.

Etude du fonctionnement rénal

L'existence de la triade symptomatique : hématurie, œdème, hypertension artérielle, permet d'affirmer *a priori* la lésion glomérulaire. Mais c'est l'examen fonctionnel de l'organe qui seul peut nous permettre d'apprécier le degré de déficience. Au début de la néphrite glomérulaire le fonctionnement est souvent normal ou subnormal. Les éléments sécréteurs ne sont que peu touchés par les perturbations vasculaires ; mais ces troubles augmentant de façon progressive et constante le dysfonctionnement de l'organe va en s'accentuant. Il est évident que souvent plusieurs années seront nécessaires avant d'aboutir à la déficience totale du rein. Aussi l'intervention chirurgicale qui stoppe l'évolution inexorable de l'affection aura-t-elle intérêt à être pratiquée le plus tôt possible, c'est-à-dire dès que le diagnostic clinique de l'atteinte glomérulaire aura été établi, et que l'on sera sûr de sa chronicité ; certitude facile à acquérir par la répétition des poussées évolutives, même si l'exploration fonctionnelle s'avère relativement bonne. Ceci étant posé, peut-on intervenir chirurgicalement chez un sujet dont le fonctionnement rénal est particulièrement déficient ? Nous rappellerons pour mémoire l'observation d'Avilés publiée par M. le Prof. Riser. L'observation suivante va également nous permettre de conclure par l'affirmative.

Ca..., 25 ans, présente en mars 1941 un état alarmant : hématurie qui dure depuis trois semaines, œdèmes de la face, tension artérielle à 16-9 malgré la spoliation sanguine importante. Histoire d'une glomérulo-néphrite évoluant depuis l'âge de 16 ans avec des épisodes douloureux abdominaux pris successivement pour appendicite, cholécystite, dolichocolon, et opérés. Examen rénal déplorable : azotémie 2 gr., diurèse à 2 litres avec azoturie à 4 gr. et chlores urinaires à 2 gr., paridensité basse à 1010. La P. S. P. n'est pas éliminée en 1 h. 10, fond d'œil normal. Après cessation de l'hématurie malgré un fonctionnement rénal relativement identique, décapsulation rénale gauche. Amélioration sensible de sa fonction rénale, urée 0,95, diurèse 6 litres, chlorures urinaires 5 gr., urée urinaire 6 gr., P. S. P. 6 %, chlore sanguin 1,95/3,80, tension artérielle 14,2-8. A repris son travail pénible de chauffeur de gazogène. Suit très mal son régime et n'éprouve aucun trouble. Se soumet avec difficulté à la décapsulation du côté opposé en janvier 1942. Amélioré encore depuis ; a repris une vie strictement normale malgré nos conseils de régime. L'examen biopsique de son rein montre d'énormes lésions de mal de Bright avec sclérose glomérulaire et des tubes étouffés par le tissu de sclérose.

Si le mauvais fonctionnement rénal ne semble pas une contre-indication formelle à l'intervention, il en est autrement pour l'état cardio-vasculaire.

Examen cardio-vasculaire

Dans les glomérulo-néphrites chroniques diffuses l'élévation de la tension artérielle est un des éléments de la triade. Cette hypertension peut être modérée 17-18 cm. de mercure pour le maximum parfois, et surtout à la fin, elle est très élevée. L'hypertension artérielle seule ne doit pas être considérée comme un facteur de contre-indication, mais plutôt l'état du cœur.

Chez un sujet dont le fonctionnement rénal est franchement déficient mais dont le cœur est normal malgré une tension artérielle élevée, l'intervention chirurgicale peut et doit être pratiquée. Cazadjian et Avilés, les deux malades dont nous avons parlé plus haut, avaient une tension artérielle assez élevée mais un cœur en excellent état ; c'est pour cette raison que l'intervention a pu donner des résultats inattendus. Par contre, chez un malade atteint de glomérulo-néphrite chronique et dont le cœur présente soit un galop franc, soit un dédoublement et même un étalement du 1er bruit, l'indication chirurgicale doit être posée avec beaucoup de prudence. Même en présence d'une

simple tachycardie permanente, il importe de pratiquer un électrocardiogramme ; on aura souvent la surprise de constater qu'après l'épreuve à l'effort de Lian, l'électro, normal au repos, présente des modifications de l'onde T qui signent l'insuffisance de nutrition du myocarde.

Nous n'en voulons pour preuve que deux expériences malheureuses que nous avons faites.

Cl..., 37 ans, présente en août 1941 un érysipèle de la face ; il a de l'albumine dans ses urines depuis l'âge de 16 ans, époque à laquelle il a présenté un premier érysipèle. Il ne s'est jamais préoccupé de son albuminurie. Depuis trois ans, il se plaint de vertiges et de bourdonnements d'oreilles, de crampes musculaires. Depuis les derniers mois, œdème de la face, des membres inférieurs et crises d'étouffement nocturnes. Tension artérielle 18-12. Tachycardie sans galop. Diurèse 1 l. 500. Albuminurie 2 gr. 50. Hématies dans le culot de centrifugation. Paridensité urinaire basse 1005 à 1010. P. S. P. 10 %. Azotémie 1 gr. 75. Chlorures urinaires 2 gr. 90. Azote urinaire 9 gr. Epreuve de dilution de Volhard bonne. Chlores sanguins 2,15/3,80. Fond d'œil : rétinite et lésions vasculaires avec hémorragies. Repos, ouabaïne, sérum glucosé hypertonique. Décapsulation rein gauche : bien supportée, malgré la poussée azotémique classique. Ensuite amélioration de tous les troubles fonctionnels : tension artérielle 15-7, urée 1 gr. 20, Cl. globulaire 1,85/Cl. plasmatique 3,60, chlores urinaires 8 gr., azote urinaire 9 gr., P. S. P. 15 %. Le malade rentre chez lui mais se fatigue beaucoup, ne suit pas de régime. Au bout de deux mois, accidents paroxystiques d'insuffisance ventriculaire gauche, qui se répètent malgré la thérapeutique habituelle. Coma et mort en février 1942. Examen biopsique du rein : glomérulo-néphrite chronique typique.

Del..., 30 ans, entre pour angor de décubitus. Tension artérielle 22-16, tachycardie avec insuffisance mitrale fonctionnelle, asystolie, albuminurie élevée à 4 gr., azotémie 0,95. Traitement habituel. Le lendemain, tension artérielle à 25-13. Anamnèse très instructive : à 11 ans, néphrite hématurique après angine. Cette hématurie se répète fréquemment jusqu'à 15 ans. Pas de traitement. Service militaire dans la marine sans incident. En 1939, mobilisé à Toulon. Service pénible, présente au bout de 8 mois des céphalées, des troubles de la vue, de la dyspnée d'effort. Hospitalisé et réformé pour signes d'insuffisance ventriculaire gauche. En novembre 1940 réapparition des symptômes cardiaques qui nécessitent son entrée à l'hôpital. Malgré le traitement on assiste à un effondrement de la tension artérielle qui tombe à 19-15, puis progressivement remonte à 25-13. Le cœur reprend sa tonicité, le souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle disparaît ainsi que le bruit de galop. L'exploration de la fonction rénale donne les résultats suivants : azotémie 0,90, constante d'Ambard 0,15, Cl. globulaire 2,50/Cl. plasmatique 3,90, élimination chlorurée 4 gr. 50 o/oo, urée urinaire 5,20 o/oo, paridensité basse à 1010, P. S. P. 45 %, diurèse quotidienne 2 l. 500 à 3 l. Fond d'œil : œdème de la papille, lésions de spasme vasculaire sans hémorragies ni exsudats. Sous l'influence du repos et du traitement le cœur ayant repris sa tonicité, décapsulation rénale le 27 décembre 1940, sous-rachianesthésie. Le rein est petit, rouge et granuleux, la capsule adhérente. Biopsie : lésions de glomérulo-néphrite diffuse très accentuées. Pendant 15 jours, état général excellent, disparition totale des signes fonctionnels qui fait croire au malade qu'il a une guérison définitive. La tension artérielle se stabilise à 16-7. Petit à petit réapparaît la dyspnée d'effort, la tension minima s'élève, l'azotémie monte régulièrement, apparition d'œdèmes. Mort par hémiplégie avec aphasie le 2 février 1941.

Ces deux observations nous paraissent symptomatiques, il n'est pas utile de les commenter.

Il semble donc nettement avéré qu'un néphritique chronique avec hypertension artérielle qui présente des signes de déficience cardiaque doit être éliminé automatiquement du traitement chirurgical. Encore faut-il être sûr qu'il ne s'agit pas d'un hypertendu primitif, car dans ce cas l'insuffisance cardiaque a moins d'importance.

La majorité des auteurs qui rapportent des observations d'interventions chirurgicales pour hypertension artérielle ne recherchent pas assez, à notre avis, les origines de cette hypertension, et mettent sur le même plan les sujets atteints de glomérulo-néphrites chroniques et ceux atteints d'hypertension primitive. *Si le symptôme est le même chez les deux, la maladie est totalement différente tout au moins à son début.*

Les indications par conséquent vont donc également changer. Chez un malade qui est porteur d'une hypertension artérielle il faut faire préciser le début de la maladie : angines à répétition, hématurie, scarlatine, albuminurie dite orthostatique, bouffissure matinale des paupières, céphalées, etc., qui signent l'atteinte rénale primitive. Si rien de tout cela n'a pu être mis en évidence, il est probable qu'il s'agit d'une hypertension primitive. D'ailleurs l'exploration fonctionnelle du rein le prouve ultérieurement.

En conséquence : dans les néphrites avec hypertension, c'est essentiellement *l'état du cœur* qui doit primer les contre-indications à l'intervention ; chez un hypertendu primitif, l'état du cœur doit certes être considéré avec intérêt, et, s'il n'existe qu'une tachycardie ou qu'un bruit de galop réductible au repos et à l'ouabaïne on pourra proposer l'intervention, mais c'est l'état du fonctionnement rénal qui sera la pierre de touche à l'indication.

Quelques interventions malheureuses qui seront rapportées ailleurs nous ont dicté cette ligne de conduite.

L'examen oculaire des néphritiques doit être fait systématiquement. Balliant, Riser ont suffisamment insisté sur les différents aspects des infiltrations rétiniennes pour que nous n'y revenions pas. Chez les néphritiques chroniques les signes angiopathiques sont graves, ils sont rarement précoces à l'inverse de l'hypertension maligne. Ils indiquent le caractère sévère de la glomérulo-néphrite. *La rétino-papillite chez ces malades est la manifestation d'importants troubles circulatoires et toxiques déjà avancés, liés à l'azotémie, à l'hypertension artérielle et crânienne ou du L. C. R. Il semble donc bien que ces lésions soient une contre-indication presque formelle à l'intervention.* Par contre, nous attachons une grande valeur indicatrice à la tension artérielle rétinienne. C'est ainsi que l'on peut voir des sujets qui ne présentent pas de modifications du fond d'œil, pas de grosse hypertension artérielle (17-18 cm. de HG) et qui ont une tension artérielle rétinienne à 70-80. Cette T. A. R. ne varie guère dans les intervalles des poussées évolutives. Elle laisse soupçonner la gravité de la néphrite et la possibilité à brève échéance d'une élévation de la tension artérielle générale, l'apparition proche de lésions oculaires. *Même en l'absence de rétino-pathie, l'hypertension A. R. doit inciter à intervenir.*

En résumé, en présence d'une glomérulo-néphrite diffuse chronique, l'examen fonctionnel du rein indique l'atteinte plus ou moins étendue du parenchyme rénal dans ses diverses fonctions. Alors que la triade symptomatique hypertension, œdème, hématurie macro ou microscopique, indique qu'il existe une atteinte rénale certaine, ni le mauvais fonctionnement rénal, ni l'existence d'une hypertension artérielle élevée ne posent une contre-indication formelle à l'intervention chirurgicale. Par contre, elle est posée de façon absolue par une défaillance myocardique même discrète. *A priori* les lésions rétiniennes ne sont pas une contre-indication, mais elles appellent un bilan sévère de tous les parenchymes et souvent ces examens entraîneront l'abstention. Il n'en est pas de même pour l'hypertension A. R. sans lésion du fond d'œil qui est une indication à l'acte chirurgical car elle laisse présager une élévation prochaine de la T. A. générale et l'apparition des lésions oculaires.

***

Nous avons jusqu'à maintenant posé des indications et des contre-indications en ce qu'elles ont de négatif, c'est-à-dire à la période peu intéressante du point de vue chirurgical. Le moment intéressant est la période initiale de l'affection, alors que l'élément sécrétoire rénal est pratiquement intact. Par conséquent, ce qu'il importe c'est de définir les cas où l'on doit penser, même au stade initial de la néphropathie, à l'acte chirurgical.

Chaque fois que le diagnostic *posé par les moyens cliniques* (œdème matinal, hématurie, élévation de la T. A., au début et au cours de poussées évolutives de la néphrite glomérulaire) permet d'affirmer la lésion rénale, en dépit de l'intégrité fonctionnelle du rein, en dépit de l'état clinique apparemment florissant, on doit se représenter et représenter au malade qu'il s'agit d'une néphro-pathie d'essence grave et qui, dans un délai variable, allant de quelques mois à une dizaine d'années, aboutira au stade terminal, malgré les thérapeutiques médicales dont nous disposons. Celles-ci *compensent* seulement les répercussions cliniques ou fonctionnelles des lésions, mais n'agissent pas sur elles. Toute la question de l'indication opératoire réside dans la conception que l'on a de ce point de vue. Ou on la rejettera et l'on verra 5 à 10 ans plus tard ces malades arriver à une phase irréductible et alors on se décidera à penser à l'intervention qui risquera de souffrir des contre-indications étudiées plus haut. Si l'on admet le point de vue que nous venons d'exposer on interviendra alors que la lésion rénale est au début ; c'est-à-dire quand, après une néphrite aiguë, ou soi-disant telle, on trouve encore des hématies dans le culot de centrifugation urinaire, de l'albuminurie, qu'après la reprise de l'alimentation et de l'activité normale le malade présente parfois des œdèmes matinaux, quelques céphalées, de la pâleur, une discrète augmentation de la T. A. L'acte opératoire ne comporte alors aucune contre-indication. Il est extrêmement bénin, il arrête immédiatement l'hématurie, fait cesser albuminurie et œdème, amène une stabilisation définitive de la T. A. et amende tous les troubles fonctionnels. Il lève le spasme vasculaire rénal, ce que l'on peut mettre en évidence pendant l'acte opératoire : le rein pâle et gris redevient rouge, il lève le spasme diffusé car le malade auparavant pâle se recolore dès le lendemain de l'intervention. Ainsi les lésions de capillarite dystrophique liées à l'ischémie spasmodique n'ont pas tendance à progresser.

Il est évident que plus on attend plus ces lésions seront nombreuses, thrombosant les anses et créant ultérieurement des lésions de sclérose. Les éléments sécréteurs du rein correspondant à ces territoires vasculaires perdront de leur pouvoir fonctionnel et détermineront à plus ou moins longue échéance l'insuffisance rénale. Aussi ne faut-il pas annoncer aux malades que l'intervention chirurgicale les guérira de leur néphrite. Tout dépend de l'époque de l'intervention. A un néphritique chronique au début on peut annoncer la guérison presque totale. A un néphritique dont l'affection évolue depuis plusieurs années, c'est l'état fonctionnel du rein qui dictera le régime. Une chose demeurera sûre, la stabilisation de la lésion et la conservation du pouvoir fonctionnel rénal tel qu'il était au moment de l'intervention.

***

Quelles sont les interventions qu'en présence d'une G. N. chronique diffuse on peut pratiquer ?

Il s'agit d'une glomérulo-néphrite diffuse chronique au début, la décapsulation rénale en deux temps nous paraît suffisante pour obtenir l'effet recherché.

Il s'agit au contraire d'une glomérulo-néphrite diffuse chronique évoluant depuis plusieurs années avec hypertension artérielle : la première intervention à pratiquer nous semble être encore la décapsulation unilatérale qui soulage le malade des troubles subjectifs et augmente le pouvoir fonctionnel du rein dans une large mesure ; au bout de 1 à 3 mois le malade étant nettement amélioré on pourra envisager une intervention plus complexe, soit énervation du pédicule avec ablation du ganglion aortico-rénal, soit même splanchnicectomie en 1 ou 2 temps; si l'état du sujet demeure malgré tout précaire il nous paraît sage de s'en tenir à une décapsulation du côté opposé.

Nous ne voulons pas ériger en loi absolue ce que nous venons de dire. Ce ne sont que quelques indications que nous avons énoncées et qui ne sont basées que sur une quinzaine de cas, observés en toute objectivité. Il nous a paru bon cependant d'indiquer les quelques conclusions auxquelles nous avons abouti, car ce n'est pas en pratiquant la politique de « l'à quoi bon » que l'on arrivera à élucider un problème aussi complexe, dont nous n'entrevoyons encore que quelques aspects.

(Travail de la Clinique Médicale de Toulouse : Prof. Dalous.)

DEUX NOUVELLES LOIS

1° La loi relative aux médecins retenus en captivité

2° La loi de structure de la Corporation médicale

Le Dr Raymond Grasset a reçu les membres de la Presse Médicale le 16 septembre 1942. Il était assisté du Dr Aublant, secrétaire général à la Santé, et du Dr Dequidt, directeur de son Cabinet.

Après avoir rappelé l'importance de la loi sur la Sauvegarde de la Santé publique, le Ministre montre qu'il va être armé pour lutter plus efficacement contre les épidémies, pour agir plus utilement dans les questions de ravitaillement en médicaments ou en lait concentré.

Le Ministre nous dit ensuite quelques mots de la réforme de l'enseignement, bien qu'elle ne soit pas de son ressort. Il rappelle ce que nous avons déjà annoncé : la limitation du nombre des étudiants, la sélection à l'entrée, la suppression de l'externat, tous les étudiants devant en remplir effectivement les fonctions au cours d'un enseignement hospitalier prolongé.

Puis il aborde les deux grandes questions qui viennent de faire l'objet de deux lois :

Déclarations du Ministre

La portée exacte de la nouvelle loi relative à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité

Sept cent cinquante médecins sont retenus en captivité depuis deux ans déjà. Bien que non-combattants, ils partagent le sort de leurs camarades prisonniers, auxquels ils apportent leurs soins dévoués.

Sur ce nombre, près de six cents appartiennent à la réserve. La situation de ces derniers est particulièrement angoissante : leurs clientèles sont abandonnées, leurs postes médicaux occupés par d'autres. En bref, ils auront à leur retour à refaire complètement leur situation, si la collectivité n'étend pas sur eux son action tutélaire.

A ces médecins, cependant, nous devons toute notre sollicitude et tout notre appui. Dans les circonstances très particulières de la dernière guerre, ce sont souvent les mêmes qui sont demeurés tout le temps en première ligne et qui ont été faits prisonniers. Ainsi, une très grande inégalité de situation a été faite aux membres de la profession médicale : c'est pourquoi le Secrétariat d'Etat à la Santé s'est penché avec une particulière sollicitude sur la situation des médecins retenus en captivité et a cherché à leur garantir, à leur retour, le minimum vital auquel ils ont droit.

Déjà, le Secrétariat d'Etat à la Guerre et le Conseil Supérieur de l'Ordre avaient entamé des pourparlers pour obtenir l'autorisation d'organiser *la relève*. Malgré les difficultés rencontrées le principe de celle-ci vient d'être acquis tout récemment, et les modalités d'application sont d'ores et déjà à l'étude.

Mais il restait à préserver les intérêts matériels de ces médecins et à leur conserver leur place dans notre organisation médicale. C'est le but de la loi qui vient de paraître au *Journal Officiel*.

Certes, des efforts avaient déjà été faits dans ce sens. En premier lieu, l'application des dispositions du décret du 20 mai 1940 avait permis pendant quelque temps de maintenir une protection relative. Ses dispositions avaient enfin été perfectionnées par la loi du 2 avril 1941.

Mais l'expérience a montré que ces textes, dont l'intention était par ailleurs excellente, avaient cependant une portée pratique insuffisante, et qu'il était nécessaire de refondre et compléter leurs dispositions. En particulier si la loi du 2 avril préservait la clientèle des médecins retenus en captivité, tant que durait leur absence, par contre, son action cessait au jour même du retour de ces derniers. De même, la situation des jeunes médecins non installés et des étudiants en fin de scolarité ne faisait l'objet d'aucune disposition protectrice.

En premier lieu, la loi édicte le principe que seuls pourront bénéficier des mesures protectrices qu'elle contient les médecins retenus en captivité pendant une période d'au moins dix-huit mois. Le but de cette disposition s'explique aisément : le législateur n'a évidemment pas voulu donner à la loi une trop grande rétroactivité, qui n'eut pas été sans ouvrir des conflits auxquels il eut été impossible de donner une solution humaine. Du reste, si l'on excepte une courte période suivant l'armistice, peu de médecins sont encore rentrés de captivité, et tous ont retrouvé sans difficulté leur situation antérieure.

La nouvelle loi introduit ensuite une distinction judicieuse entre la situation des médecins de campagne et celle des praticiens des villes.

Dans les campagnes, le Conseil Supérieur de l'Ordre pourra désormais déterminer, autour du lieu d'exercice de chaque médecin retenu en captivité, *une circonscription réservée*, à l'intérieur de laquelle il sera interdit de créer un nouveau cabinet médical, si ce n'est à titre temporaire et jusqu'au retour du titulaire ; cette interdiction sera en outre prolongée pendant les cinq années qui suivront le retour de ce dernier. La discrimination entre les localités à caractère rural et celles à caractère urbain est effectuée d'après le nombre des médecins qui y exerçaient en 1939, celles où exerçaient quatre médecins au plus étant considérées comme rurales, et celles où exerçaient cinq médecins au moins étant considérées comme urbaines.

Dans les villes par contre, il était impossible d'appliquer une telle mesure parce que les clientèles médicales y sont trop intimement imbriquées. Il a donc été prévu que les Conseils de l'Ordre pourront inviter les praticiens assurant en outre de leur clientèle plusieurs emplois publics ou privés à céder l'un d'eux aux médecins retour de captivité, de façon à constituer en faveur de ceux-ci une amorce de clientèle et les aider à retrouver un minimum vital.

D'autre part, une mesure spéciale a été prise en faveur des jeunes médecins non installés au moment des hostilités, et des étudiants en médecine en fin de scolarité. Ceux-ci se verront réserver par priorité les postes des médecins étrangers interdits en application de la loi du 2 avril 1941. Dans ce but, la circonscription réservée pourra être établie autour de chacun de ces postes.

On voit que ces diverses mesures confient à la corporation médicale le soin de préserver la situation matérielle des médecins retenus en captivité. Aucun autre organisme ne semblait, en effet, plus qualifié pour assurer cette tâche qui demande à la fois une pieuse vigilance et une connaissance parfaite des intérêts en présence.

Outre son indiscutable portée matérielle, la nouvelle loi apporte aux médecins des camps de prisonniers un réconfort moral, car elle sera pour eux la preuve évidente que la Nation et la Corporation médicale les considèrent toujours comme moralement présents.

La loi relative à l'Ordre des Médecins et à l'organisation des professions médicale et dentaire

La loi qui va paraître au *Journal Officiel* le 18 septembre a pour but de pallier aux faiblesses constatées dans la structure de la Corporation médicale.

L'Ordre National des Médecins, créé par la loi du 7 octobre 1940, fut l'une des toutes premières réalisations corporatives réalisées par le Gouvernement du Maréchal. Le législateur n'avait donc pu, à cette époque, s'inspirer d'aucune organisation ni expérience antérieure. Il n'est donc pas étonnant que près de deux années d'application aient révélé dans son organisation certaines imprécisions et certaines insuffisances.

La nouvelle loi s'appuie donc sur une expérience assez longue dans l'application de l'idée corporative à la profession médicale. Elle apporte des solutions logiques aux problèmes posés par les nécessités, et constituera par suite un sérieux motif d'apaisement pour le Corps Médical.

Enfin, elle est le fruit d'une collaboration étroite entre le Secrétariat d'Etat à la Santé et le Conseil Supérieur de l'Ordre et l'Académie de Médecine, qui sont les conseillers naturels des Pouvoirs Publics et représentent tous deux une haute autorité morale.

La loi comprend soixante et un articles, divisés entre quatre titres. Le titre Ier traite de l'organisation de la profession médicale ; le titre II de celle de la profession dentaire ; le titre III de l'inscription au Tableau de la Discipline ; le titre IV est relatif à des dispositions générales ou transitoires.

Avant toutes choses, il a paru nécessaire de séparer sur le plan local les deux principes de base de la Corporation, que la précédente législation avait confondus ; d'une part, *l'organisation professionnelle proprement dite*, chargée de toutes les attributions corporatives et assurant la défense et la gestion des intérêts du Corps Médical ; d'autre part, *l'organisation juridictionnelle*, chargée de veiller à l'honneur et à la moralité de la profession.

La nouvelle loi conserve la notion d'un « Ordre professionnel », groupant l'ensemble des médecins et des praticiens de l'art dentaire. Mais elle crée dans chaque département un « *Collège des Médecins* » et un « *Collège des Praticiens de l'Art Dentaire* », chargés de la défense et de la gestion des intérêts professionnels ; ces groupements de base constitueront donc la véritable expression locale de la Corporation. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que les « Collèges » ont constitué, à diverses époques de notre histoire, les groupements corporatifs des professions à caractère libéral.

Ces « Collèges » seront administrés par des Conseils élus. Toutefois, à titre transitoire et pour la constitution des premiers Conseils, seuls seront éligibles les praticiens inscrits sur des listes d'agrément établies par le Secrétaire d'Etat à la Santé ; ces listes comprendront quatre noms par siège à pourvoir. Cette formule permettra de concilier le légitime désir qu'éprouve le Corps Médical de choisir lui-même ses chefs, et les

nécessités actuelles, qui imposent au Gouvernement le devoir d'empêcher tout réveil de passions au sein de la Nation. Enfin, le fait que de nombreux médecins sont encore retenus en captivité et ne peuvent de ce fait exprimer leur choix, interdit de recourir pour l'instant à l'élection proprement dite.

Les attributions juridiques de la Corporation ont été transférées à des assemblées régionales qui prendront le nom de « *Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins* ». L'expérience a montré, en effet, que l'échelon départemental était trop proche des contingences locales pour assurer en toute indépendance les pouvoirs juridictionnels : grâce à cette nouvelle mesure les juges gagneront en indépendance et en sérénité. D'autre part, la moralité de la profession médicale intéressant non seulement les médecins eux-mêmes, mais surtout l'Etat par la répercussion qu'elle peut avoir sur la santé publique, ces Conseils juridiques seront désormais constitués par voie d'autorité, et leurs membres nommés par le Secrétaire d'Etat à la Santé, sur présentation des Conseils des Collèges départementaux.

A l'échelon national, l'Ordre sera dirigé et surveillé par un « *Conseil National* », qui groupera dans ses attributions à la fois les questions corporatives et juridiques. Ces dernières, toutefois, seront plus spécialement de la compétence d'une *Chambre de Discipline*, jugeant en appel les décisions des Conseils régionaux de l'Ordre, et constituée dans son sein.

Les membres du Conseil National seront élus à raison d'un par région sanitaire, à l'exception de la Région Parisienne qui comptera cinq représentants, ce nombre étant justifié par l'importance numérique de son Corps Médical. En outre, il comprendra un représentant de l'Académie de Médecine et cinq membres choisis par cooptation par les autres membres du Conseil.

Les dispositions relatives à l'inscription au Tableau et à la Discipline ont été groupées dans un même titre, ce qui donne à la loi plus de clarté. Les pouvoirs des Conseils régionaux de l'Ordre dans ces deux matières ont été soigneusement déterminés et précisés.

Enfin, il y a lieu de souligner que la nouvelle loi abroge toutes les législations antérieures sur les Conseils de l'Ordre et leurs Sections dentaires. Elle constitue de ce fait une heureuse synthèse et une codification des dispositions législatives relatives aux Corporations Médicale et Dentaire.

LOI n° 795 du 28 août 1942 relative à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité. (J. O., 16 sept. 1942.)

Article premier. — Pourront se prévaloir des dispositions de la présente loi les médecins retenus en captivité pendant une période d'au moins dix-huit mois à partir du 2 septembre 1939.

Art. 2. — Aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art au lieu et place d'un médecin retenu en captivité si ce n'est à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier.

Art. 3. — Dans les communes où exerçaient, au 1er septembre 1939, moins de cinq médecins, le Conseil supérieur de l'Ordre, sur proposition du Conseil départemental, pourra déterminer, autour du lieu d'exercice de chaque médecin retenu en captivité, une circonscription réservée, à l'intérieur de laquelle il sera interdit de créer un cabinet médical, si ce n'est dans les conditions de l'article 4.

Les limites de cette circonscription seront déterminées par le Conseil supérieur de l'Ordre. Elles ne pourront toutefois excéder un rayon de quinze kilomètres.

La décision du Conseil supérieur de l'Ordre devra être approuvée par le Secrétaire d'Etat à la Santé.

Art. 4. — A dater de la publication de la présente loi, les médecins ne pourront s'installer dans les circonscriptions réservées qu'à titre de remplaçants et à charge pour eux de quitter la circonscription lors du retour du médecin retenu en captivité.

Art. 5. — Nul ne pourra s'installer dans une circonscription réservée dans les cinq années qui suivront le retour du médecin retenu en captivité, sauf en cas de départ ou de décès de celui-ci : un arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé, pris sur proposition du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins, pourra toutefois, à titre exceptionnel, autoriser l'installation d'un médecin à titre définitif.

Art. 6. — Les postes médicaux devenus vacants par suite de l'application de la loi du 22 novembre 1941 relative aux médecins étrangers seront réservés aux médecins retenus en captivité et non encore installés au moment des hostilités.

A cet effet, il pourra être établi autour de chacun de ces postes, dans les conditions de l'article 3, une circonscription réservée à laquelle s'appliqueront les dispositions de la présente loi.

Les conditions d'attribution de ces postes à des médecins non installés au moment des hostilités ou à des étudiants en médecine en fin de scolarité au moment de leur mobilisation et justifiant de la durée de captivité prévue à l'article 1er de la présente loi seront fixées par arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé.

Si l'intérêt de la population justifie que le poste réservé à un médecin retenu en captivité reste pourvu jusqu'au retour de celui-ci, le médecin précédemment titulaire du poste et auquel l'exercice de sa profession aura été interdit par application de la loi du 22 novembre 1941 pourra, sans qu'il soit dérogé à l'interdiction définitive dont il aura été frappé, être autorisé par le Secrétaire d'Etat à la Santé, après avis du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins, à continuer temporairement sur place l'exercice de sa profession.

Art. 7. — Dans les communes où exerçaient, au 1er septembre 1939, cinq médecins ou plus, le Conseil départemental de l'Ordre invitera les médecins titulaires de plusieurs emplois publics ou privés, rémunérés et ayant, en outre, une clientèle, à se démettre d'un ou plusieurs de ces emplois en faveur des médecins qui, ayant antérieurement exercé dans lesdites villes, y reviendraient après avoir été retenus en captivité.

Ceux de ces emplois devenus vacants seront également réservés aux médecins retenus en captivité, sauf à en faire assurer l'intérim.

Art. 8. — Sont abrogées la loi du 2 avril 1941 ainsi que toutes dispositions contraires à la présente loi.

Art. 9. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

LOI n° 794 du 10 septembre 1942 relative à l'Ordre des Médecins et à l'organisation des professions médicale et dentaire. (J. O., 18 sept. 1942.)

TITRE PREMIER

ORGANISATION DE LA PROFESSION MÉDICALE

Article premier. — Il est institué un Ordre National groupant tous les médecins habilités à exercer leur art.

L'Ordre a la garde de l'honneur, de la moralité et de la discipline de la profession médicale.

Il assure la défense et la gestion des intérêts corporatifs.

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire de Conseils des collèges départementaux des médecins, de Conseils régionaux et d'un Conseil national de l'Ordre des Médecins.

CHAPITRE PREMIER

Des collèges départementaux des médecins

Art. 2. — Dans chaque département, les médecins habilités à exercer leur art sont groupés en un collège départemental des médecins.

Le collège est administré par un Conseil exerçant, dans le cadre départemental, les attributions de l'Ordre des Médecins relatives à l'organisation professionnelle, à la défense et à la gestion des intérêts corporatifs.

Art. 3. — Le Conseil du collège départemental des médecins est composé de six à douze membres, élus pour six ans par leurs confrères au scrutin secret et par correspondance. Toutefois, le Conseil du collège départemental de la Seine comprend dix-huit membres. Sont éligibles les médecins inscrits au tableau départemental institué par l'article 34 et qui justifient de cinq ans au moins d'exercice de l'art médical.

Sont toutefois inéligibles :

1° Pendant une période de cinq ans, les médecins qui ont été l'objet d'un avertissement en chambre du Conseil ou d'un blâme par application des dispositions de l'article 41 ci-après ;

2° A titre définitif, ceux qui ont été l'objet d'une mesure de suspension temporaire.

Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Art. 4. — Le Conseil élit chaque année son président. Celui-ci réunit le Conseil au moins six fois par an. Il a voix prépondérante en cas de partage des suffrages.

Art. 5. — Le Conseil peut se porter partie civile contre les personnes exerçant illégalement la médecine.

Art. 6. — Les collèges départementaux peuvent créer tous organismes de solidarité intéressant les médecins ou leurs familles, ou participer au fonctionnement d'organismes existants.

Ils peuvent conclure entre eux des conventions ou ententes en vue de la création d'organismes interdépartementaux.

La création et le mode de gestion des organismes créés par les collèges doivent être approuvés par le Conseil national de l'Ordre des Médecins. La participation des médecins à ces organismes ne peut être rendue obligatoire que dans les conditions prévues par l'article 13 (§ 2) ci-après.

Les conventions relatives à la participation des collèges départementaux au fonctionnement d'organismes non gérés par eux sont soumises à la même approbation.

Pour l'examen de toute question concernant une spécialité médicale figurant sur la liste des spécialités arrêtée par le Secrétaire d'Etat à la Santé, le Conseil est obligatoirement tenu de s'adjoindre un représentant de cette spécialité désigné par lui, si ledit Conseil ne comprend pas parmi ses membres un médecin exerçant cette spécialité.

CHAPITRE II

Des Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins

Art. 7. — Pour tout ce qui concerne l'honneur, la moralité et la discipline de la profession médicale, les médecins sont soumis à la juridiction des Conseils régionaux de l'Ordre, institués au siège de chaque région sanitaire et, en appel, du Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Art. 8. — Le Conseil régional de l'Ordre des Médecins dresse, en conformité des dispositions du titre III de la présente loi, un tableau public des docteurs en médecine habilités à exercer leur art et statue sur les affaires de caractère disciplinaire soumises à son examen.

Art. 9. — Le Conseil régional est composé de neuf membres, chaque département de la région devant être représenté au moins par un médecin inscrit au tableau de l'Ordre.

Ces membres sont nommés parmi les médecins inscrits au tableau de l'Ordre par le Secrétaire d'Etat à la Santé sur des listes de propositions établies par les Conseils des collèges départementaux et comportant trois fois plus de noms que de sièges à pourvoir.

Ils sont nommés pour six ans.

Leurs pouvoirs sont renouvelables.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé désigne, parmi ces membres, le président du Conseil régional.

Art. 10. — Le Conseil régional est assisté d'un conseiller juridique désigné par le premier président de la cour d'appel dont le ressort comprend le chef-lieu de la région, parmi les magistrats d'appel ou de première instance.

Le Conseil régional ne peut délibérer qu'en présence du conseiller juridique.

CHAPITRE III

Du Conseil national de l'Ordre des médecins

Art. 11. — La direction et la surveillance de l'Ordre sont confiées, sous l'autorité du Secrétaire d'Etat à la Santé, à un Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Par l'intermédiaire de sa chambre de discipline prévue à l'article 43 ci-dessous, le Conseil national est juge d'appel des décisions des Conseils régionaux de l'Ordre.

Art. 12. — Le Conseil national de l'Ordre coordonne l'action des Conseils départementaux et leur adresse toutes directives en vue de l'accomplissement de leur mission.

Il a la garde des intérêts corporatifs et en assure la défense sur le plan national.

Il est le représentant et l'interprète des médecins auprès du Secrétaire d'Etat à la Santé. Il donne son avis sur les affaires soumises à son examen par le Secrétaire d'Etat et notamment sur les questions relatives à l'organisation de la médecine sociale et sur les problèmes de protection de la santé publique appelant la collaboration du corps médical.

Art. 13. — Le Conseil national peut créer tous organismes de solidarité intéressant les médecins ou leurs familles et en assure le contrôle.

La participation des médecins à ces organismes







TRINITRINE
ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVIe

ne peut être rendue obligatoire que par décret en Conseil d'Etat.

Art. 14. — Le Conseil national fixe le montant des cotisations qui devront être obligatoirement versées par les membres de l'Ordre et la répartition de leurs produits entre le Conseil national et les Conseils des collèges départementaux.

Art. 15. — Le Conseil national est composé :

1° De membres élus dans les conditions fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 56 ci-dessous, à raison d'un par région sanitaire, à l'exception de la région parisienne, pour laquelle ce nombre est porté à cinq ;

2° D'un membre de l'Académie de Médecine, élu par ses collègues ;

3° De cinq membres élus par les autres membres du Conseil.

Les membres du Conseil national sont désignés pour six ans ; leurs pouvoirs sont renouvelables.

Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

Pour l'examen de toute question concernant une spécialité médicale figurant sur la liste des spécialités arrêtée par le Secrétaire d'Etat à la Santé, le Conseil national est obligatoirement tenu de s'adjoindre un représentant de cette spécialité dans les conditions prévues par le paragraphe 5 de l'article 6 ci-dessus.

Art. 16. — Le Conseil national se réunit au moins six fois par an.

Le président est choisi tous les ans par le Secrétaire d'Etat à la Santé parmi les membres du Conseil sur une liste de trois noms présentée par le Conseil. Ses pouvoirs sont renouvelables.

Art. 17. — En vue de l'étude des problèmes intéressant directement son administration, le Secrétaire d'Etat à la Santé peut accréditer toutes personnalités pour participer avec voix consultative aux délibérations du Conseil national autres que celles de la chambre de discipline.

Le Conseil national ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour des séances, lequel doit être communiqué au Secrétaire d'Etat à la Santé deux jours avant chacune de ses réunions ; les décisions du Conseil national, à l'exception de celles prises par la chambre de discipline, doivent être communiquées dans les deux jours au Secrétaire d'Etat à la Santé qui peut en suspendre l'exécution pendant un délai maximum de deux mois, au cours desquels il peut les annuler pour inobservation des textes en vigueur.

Art. 18. — Les règles d'exercice de la profession médicale seront fixées après consultation du Conseil national de l'Ordre par un règlement d'administration publique, qui prendra le nom de « Code de déontologie ».

TITRE II

DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION DENTAIRE

Art. 19. — Tous les praticiens de la profession dentaire habilités à exercer leur art sont groupés au sein de l'Ordre national des Médecins dans les conditions définies ci-après.

CHAPITRE PREMIER

Des collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire

Art. 20. — Dans chaque département, les praticiens de la profession dentaire admis à pratiquer leur art forment le collège départemental des praticiens de la profession dentaire qui groupe les médecins stomatologistes et les chirurgiens dentistes et assimilés.

Le collège possède des attributions corporatives identiques à celles du collège départemental des médecins.

Art. 21. — Chaque collège est administré, sous le contrôle du Conseil national de l'Ordre des Médecins et de sa section dentaire, par un Conseil composé de six à neuf membres élus par leurs confrères.

Dans les départements où il existe des médecins stomatologistes ceux-ci désignent un représentant au Conseil du collège départemental si le nombre des membres du Conseil est inférieur à neuf, deux représentants, si ce nombre est égal à neuf. Les chirurgiens dentistes se réunissent de leur côté pour élire les autres membres du Conseil parmi les praticiens réunissant les conditions d'exigibilité prévues par l'article 3.

S'il n'existe dans le département qu'un seul médecin stomatologiste, celui-ci est de droit membre du Conseil, à moins qu'il ne soit frappé d'inégibilité par application des dispositions de l'article 3 (§ 2) ci-dessus.

Art. 22. — Le Conseil élit chaque année son président. Celui-ci réunit le Conseil au moins six fois par an. Il a voix prépondérante en cas de partage des suffrages.

Art. 23. — Les dispositions des articles 5 et 6 de la présente loi sont applicables aux Conseils des collèges visés au présent chapitre, en ce qui concerne l'exercice illégal de la profession dentaire, la création d'organismes de solidarité intéressant les praticiens de la profession dentaire ou la participation au fonctionnement d'organismes existants.

Les Conseils des collèges des praticiens de la profession dentaire peuvent conclure des accords avec les Conseils départementaux des médecins, en vue de la création d'organismes interprofessionnels de solidarité conformes aux dispositions de l'article 6 de la présente loi.

Art. 24. — Tous les six mois au moins, le Conseil du collège des médecins et celui du collège des praticiens de la profession dentaire tiennent, sous la présidence du président du Conseil du collège des médecins, une réunion commune où sont examinés les problèmes d'ensemble intéressant les deux professions.

CHAPITRE II

Des attributions du Conseil régional de l'Ordre des Médecins en matière d'exercice de la profession dentaire.

Art. 25. — Pour tout ce qui concerne l'honneur, la moralité et la discipline de leur profession, les médecins stomatologistes sont soumis à la juridiction des Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins et du Conseil national de l'Ordre : les chirurgiens dentistes sont soumis à la juridiction de ces mêmes organismes, complétés comme il est prescrit aux articles 26, 27 et 44 ci-dessous.

Art. 26. — Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens dentistes, le Conseil régional de l'Ordre des Médecins est complété par quatre praticiens de la profession dentaire. Un des membres ainsi adjoints au Conseil régional doit avoir qualité de docteur en médecine.

Art. 27. — Les représentants des praticiens de la profession dentaire au Conseil régional de l'Ordre des Médecins sont nommés par le Secrétaire d'Etat à la Santé sur des listes de propositions établies par les Conseils des collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire et comportant trois fois plus de noms que de sièges à pourvoir.

Les membres du Conseil régional désignés en application du présent article sont nommés pour six ans. Leurs pouvoirs sont renouvelables.

CHAPITRE III

De la section dentaire du Conseil national de l'Ordre

Art. 28. — La section dentaire du Conseil national de l'Ordre des Médecins exerce, en ce qui concerne la profession dentaire, des attributions identiques à celles reconnues au Conseil national de l'Ordre des Médecins par les articles 6, 12, 13 et 14 ci-dessus.

Toutefois, seul le Conseil national de l'Ordre réuni en séance plénière avec l'adjonction des membres de la section dentaire a qualité pour délibérer sur les questions intéressant la protection de la santé publique et l'hygiène.

Art. 29. — Tous les six mois au moins le Conseil national de l'Ordre des Médecins, constitué comme il est dit au paragraphe 2 de l'article précédent, tient une séance plénière où sont examinés les problèmes d'ensemble intéressant les professions médicale et dentaire.

Art. 30. — La section dentaire est composée de :

1° Neuf membres élus dans les conditions fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 56 ci-dessous ;

2° Trois membres désignés par les autres membres du Conseil.

Trois au moins des membres de la section dentaire doivent avoir la qualité de docteur en médecine.

Les membres de la section dentaire sont désignés pour six ans. Leurs pouvoirs sont renouvelables.

La section est renouvelable par tiers tous les deux ans.

Art. 31. — La section dentaire se réunit au moins six fois par an. Le président est choisi tous les ans par le Secrétaire d'Etat à la Santé parmi les membres de la section sur une liste de trois noms présentée par elle.

Art. 32. — Les dispositions de l'article 17 ci-dessus relatives à la tenue des séances et aux décisions du Conseil national de l'Ordre des Médecins sont applicables aux séances et aux décisions de la section dentaire.

Art. 33. — Les règles d'exercice de la profession dentaire seront fixées après consultation du Conseil national de l'Ordre, constitué comme il est dit au paragraphe 2 de l'article 28 par un règlement d'administration publique.

TITRE III

DE L'INSCRIPTION AU TABLEAU ET DE LA DISCIPLINE

CHAPITRE PREMIER

De l'inscription au tableau

Art. 34. — Le Conseil régional de l'Ordre des Médecins dresse par département un tableau public des médecins qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements, sont admis, conformément aux dispositions du présent chapitre, à pratiquer leur art.

Complété ainsi qu'il est précisé à l'article 26 ci-dessus, il dresse un tableau des chirurgiens dentistes et établit une liste des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins qui justifient de l'exercice habituel de la profession dentaire.

Art. 35. — Ces tableaux sont affichés, chaque année, dans toutes les communes du département, à la diligence des préfets et des maires. Des exemplaires sont transmis aux Secrétaires d'Etat à l'Intérieur, à la Justice, à l'Education nationale et à la Santé et au Conseil national de l'Ordre des Médecins.

PRENEZ PLUTOT un comprimé de
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
CORYDRANE
ACÉTYL - SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE
l'aspirine qui remonte
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

Art. 36. — L'inscription est demandée par les intéressés au Conseil régional de l'Ordre dont dépend le département dans lequel ils se proposent d'exercer.

En cas de changement de domicile, un transfert d'inscription est effectué à la diligence de l'intéressé.

L'inscription au tableau d'un département rend licite l'exercice de la médecine ou de la profession dentaire sur tout le territoire national.

Art. 37. — Le Conseil prononce l'inscription au tableau après vérification des titres du demandeur. Elle peut être refusée par décision motivée si le demandeur ne remplit pas les conditions nécessaires de moralité.

Si le Conseil régional n'a pas statué dans les deux mois, l'intéressé peut saisir de sa demande le Conseil national de l'Ordre.

Art. 38. — Appel de la décision du Conseil régional peut être porté devant le Conseil national de l'Ordre par le médecin intéressé, par le Conseil du collège départemental ou par le Secrétaire d'Etat à la Santé. Le Conseil national statue comme en matière disciplinaire suivant les formes prévues aux articles 43 et 44 ci-après.

La décision du Conseil national de l'Ordre peut être attaquée, devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours, pour excès de pouvoir, par le médecin intéressé, par le Conseil du collège départemental ou par le Secrétaire d'Etat à la Santé.

Art. 39. — Au moment de leur inscription, les intéressés prêtent serment devant le Conseil régional d'exercer leur art avec conscience, dévouement et probité.

CHAPITRE II

De la discipline

Art. 40. — Le Conseil régional de l'Ordre appelle devant lui les médecins ou les chirurgiens dentistes prévenus d'avoir manqué aux règles de l'honneur et de la moralité ou aux devoirs de leur profession tels qu'ils résultent des lois et règlements ainsi que des dispositions du code de déontologie.

L'action est intentée soit sur l'initiative du Conseil régional, soit à la requête du Conseil national de l'Ordre ou de sa section dentaire ou du Conseil du collège départemental, soit enfin sur injonction du Secrétaire d'Etat à la Santé.

Toutefois, en ce qui concerne les médecins fonctionnaires, l'action, quant aux actes accomplis dans l'exercice de la fonction, ne peut être engagée que par le Secrétaire d'Etat à la Santé.

Art. 41. — Le Conseil régional peut prononcer les sanctions suivantes :

L'avertissement en chambre du Conseil ;

Le blâme avec inscription au dossier personnel ;

La suspension temporaire, pour une durée maximum de cinq ans, du droit d'exercer la médecine ou la profession dentaire ;

L'interdiction définitive d'exercer la médecine ou la profession dentaire comportant radiation du tableau.

Art. 42. — L'appel des décisions du Conseil régional peut être porté par l'intéressé, dans les deux mois qui suivent leur notification, devant le Conseil national de l'Ordre, qui statue, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.

L'appel peut être également porté par le Secrétaire d'Etat à la Santé dans les deux mois qui suivent la notification de la décision à la direction régionale de la Santé.

L'appel devant le Conseil national est suspensif.

Art. 43. — Il est constitué, au sein du Conseil national, une chambre de discipline chargée de statuer sur les recours formés en matière disciplinaire.

La chambre de discipline est composée, en sus de son président, de six membres désignés dans le sein du Conseil national par les membres dudit Conseil.

Les membres de la chambre de discipline sont nommés pour six ans. Leurs pouvoirs sont renouvelables. Toutefois, les pouvoirs des membres de la chambre de discipline cessent dès qu'ils ne font plus partie du Conseil national.

La chambre de discipline est présidée par un conseiller d'Etat.

Art. 44. — Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens dentistes, la chambre de discipline du Conseil national est complétée par trois praticiens de la profession dentaire, dont un docteur en médecine, choisis parmi eux par les membres de la section dentaire du Conseil national de l'Ordre.

Art. 45. — L'action disciplinaire des Conseils de l'Ordre ne fait pas obstacle aux poursuites que le Ministère Public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux pour la répression des infractions pénales ou la réparation des délits civils, ni à l'action disciplinaire devant l'administration dont dépend le médecin fonctionnaire, ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins en vertu de lois spéciales en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par des lois sociales.

Art. 46. — Les médecins et les chirurgiens dentistes régulièrement inscrits aux tableaux prévus à l'article 34 ne peuvent invoquer le secret professionnel institué par l'article 378 du code pénal, à l'égard de la chambre de discipline du Conseil national et des Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins, pour toutes déclarations et dépositions effectuées devant ces organismes.

Art. 47. — Les membres de la chambre de discipline du Conseil national et des Conseils régionaux de l'Ordre, ainsi que toutes personnes au service de ces organismes, sont tenus, pour tous les faits parvenus à leur connaissance à l'occasion de l'exercice de leur mandat ou de l'exécution de leur service, au secret professionnel conformément aux dispositions de l'article 378 du code pénal.

Art. 48. — Le Conseil régional ou la chambre de discipline du Conseil national peuvent, soit sur la demande des parties, soit d'office, ordonner une enquête sur les faits dont la constatation leur paraît utile à l'instruction de l'affaire. La décision qui ordonne l'enquête indique les faits sur lesquels elle doit porter et décide, suivant le cas, si elle aura lieu soit devant le Conseil, soit devant un membre du Conseil qui se transportera sur les lieux.

La date à laquelle l'affaire doit venir à l'audience doit être notifiée aux parties qui peuvent présenter des observations orales à l'appui de leurs conclusions écrites. Les intéressés peuvent se faire assister soit d'un confrère de leur choix, soit d'un avocat.

Dans tous les cas où elle est saisie, la chambre de discipline du Conseil national peut, même d'office, augmenter ou réduire la sanction prononcée par le Conseil régional.

Les fonctions du Ministère Public sont exercées devant le Conseil régional par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance ou un inspecteur de la Santé délégué par lui et devant la chambre de discipline du Conseil national par un inspecteur général de la Santé.

TITRE IV

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ET DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 49. — Les médecins et les chirurgiens dentistes ne peuvent se grouper en associations régies par le livre III du code du travail.

Ils ne peuvent se grouper en associations régies par la loi du 1er juillet 1901 que dans un dessein étranger à la défense de leurs intérêts professionnels et avec l'autorisation du Secrétaire d'Etat à la Santé, donnée après avis du Conseil national de l'Ordre. Cette autorisation peut être retirée dans les mêmes formes.

Art. 50. — Le Conseil national de l'Ordre des Médecins, sa section dentaire et les collèges départementaux sont dotés de la personnalité civile.

Art. 51. — Les biens et charges dévolus aux Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins et aux organismes de mutualité, d'assistance ou de retraite créés par eux en application de la loi du 7 octobre 1940 sont attribués aux collèges départementaux des médecins.

Ceux dévolus dans les mêmes conditions au Conseil supérieur de l'Ordre et aux organismes créés par lui sont attribués au Conseil national des Médecins.

Art. 52. — Les biens et charges dévolus aux sections dentaires des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite créés par elles en application de la loi du 17 novembre 1941 sont attribués à la section dentaire du Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Art. 53. — Les opérations de transfert prévues aux deux articles précédents ne donneront lieu à aucune perception au profit du Trésor.

Art. 54. — Est passible des peines prévues pour l'exercice illégal de la médecine toute personne se livrant à l'exercice répété d'actes médicaux sans être inscrite au tableau de l'Ordre des Médecins prévu à l'article 34.

Est passible des peines prévues pour l'exercice illégal de la profession dentaire toute personne se livrant à l'exercice répété d'actes relevant de cette profession sans être inscrite au tableau des praticiens de la profession dentaire prévu à l'article 34.

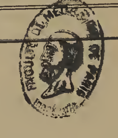
Sont considérés comme relevant de la pratique de la profession dentaire les prescriptions, opérations ou soins médicaux et chirurgicaux bucco-dentaires, la prise des empreintes, l'essayage et la pose de tous appareils de prothèse et d'orthodontie.

Art. 55. — Nul ne peut être propriétaire, copropriétaire, gérant ou exploitant d'un cabinet dentaire s'il ne remplit pas les conditions requises pour l'exercice de la profession.

Art. 56. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi, et notamment les conditions dans lesquelles sera effectuée la désignation des membres des organismes institués par la présente loi, les règles des élections, les recours auxquels elles peuvent donner lieu et les modalités de fonctionnement de ces organismes.

Dans les limites prévues par les articles 3 et 21 de la présente loi, le nombre des membres de chaque Conseil du collège départemental est fixé par arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé.

Art. 57. — Dans les trois mois qui suivront la publication du règlement d'administration publique relatif aux élections prévu à l'article précédent. Il sera procédé à l'élection des Conseils des collèges départementaux.



Le traitement spécifique
de l'alcalose

ACTIPHOS

Laboratoire **ROGER BELLON**
78bis, Avenue Marceau, PARIS (8e)
24, Chemin de St-Roch, AVIGNON

A titre transitoire, seuls pourront être déclarés élus à la suite des opérations électorales auxquelles il sera procédé pour la constitution des premiers Conseils élus les praticiens figurant sur des listes établies par le Secrétaire d'Etat à la Santé ; ces listes devront comprendre quatre fois plus de noms qu'il y aura de sièges à pourvoir et comporter obligatoirement au moins un médecin de retour de captivité.

Art. 58. — Les Conseils régionaux seront désignés et le Conseil national sera élu dans les trois mois qui suivront l'élection des Conseils des collèges départementaux.

Art. 59. — Les Conseils départementaux et le Conseil supérieur, nommés pour l'application des lois des 7 octobre 1940 et 17 novembre 1941, cesseront leurs fonctions à la date de nomination des Conseils prévus par la présente loi.

Les affaires disciplinaires en cours d'instruction seront, à la même date, dévolues de plein droit aux Conseils régionaux et à la chambre de discipline du Conseil national.

Art. 60. — Les lois des 7 octobre 1940, 26 novembre 1941 et 31 décembre 1941 sont abrogées, ainsi que la loi du 17 novembre 1941 ; toutefois, l'article 22 (§§ 2 et 3) et l'article 23 de la loi du 17 novembre 1941 resteront en vigueur jusqu'au décret fixant la date de cessation des hostilités.

Sont également abrogées les dispositions de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne les listes départementales des médecins et des chirurgiens dentistes, ainsi que toutes autres dispositions contraires à la présente loi.

Art. 61. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

La puberté (étude clinique et physiopathologique), par Guy Laroche avec la collaboration de M. Boigey, E. Bompard, A. Desaux, R. Ducroquet, L. de Gennes, A. Hammel, T. Hernando, M. Hirsch, J.-A. Huet, H. Lagrange, E. Layani, P. Le Noir, C. Lian, G. Maranon, E. May, L. Meurs-Blatters, Ch. Richet, H. Simonnet, H. Welti. Un volume de 349 pages. Prix : 65 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Le tuberculeux guéri (étude médico-sociale), par F. Dumarest et H. Mollard. Un volume de 160 pages. Masson et Cie, éditeurs.

CHRONIQUE

La tradition des Congrès

Voici octobre. — Autrefois la rentrée était traditionnellement marquée par l'ouverture de nombreux congrès médicaux.

La rentrée de 1938 fut, à cet égard, très brillante. Dans les derniers jours de septembre, le Congrès de la *Société Internationale de Chirurgie* s'était réuni à Bruxelles. Rudolph Matas (de la Nouvelle-Orléans) le présidait aux côtés du professeur Jean Verhoogen, président en exercice de la Société. Le professeur Davide Giordano (de Venise), l'éminent animateur des amitiés latines, parla au nom des chirurgiens étrangers. On entendit parmi les rapporteurs les professeurs Pende et Alessandri (de Rome), Dermel (de Vienne), Cunéo (de Paris), Arce (de Buenos-Aires), le professeur Sauerbruch de Berlin) qui vient ces jours-ci de préfacer l'édition allemande du livre de Gosset. Les confrères belges et français étaient naturellement très nombreux. Après une semaine consacrée à l'étude du traitement chirurgical de l'hypertension, des greffes osseuses, du traitement des kystes et tumeurs du poumon, on se donna rendez-vous, en 1941, à Stockholm...

Peu de jours après *l'Union Internationale Thérapeutique* se réunit à Paris sous la présidence du professeur Loeper, assisté des professeurs von Bergmann (de Berlin) et Bürgi (de Berne)... On se donna encore rendez-vous, en 1940, à Berne...

Enfin, la Grande Semaine d'Octobre de Paris s'ouvrit avec le *XLVIIe Congrès français de Chirurgie*. Le professeur Léon Imbert (de Marseille) en était le président. M. Paul Valéry, de l'Académie Française, présida la séance inaugurale assisté du professeur Henri Hartmann, président de l'Association française de Chirurgie. M. le professeur Mondor, dans son étincelant rapport annuel, fit acclamer le nom du professeur Forgue, le vénéré Maître de Montpellier... Ne revenons pas sur ce Congrès qui est encore présent dans toutes les mémoires. Rappelons simplement que le Congrès suivant aurait dû se tenir en 1939 sous la présidence d'Albert Mouchet (de Paris). Celui de 1940 devait avoir pour président Jacques de Fourmestraux (de Chartres).

Et maintenant que ces Congrès ont disparu, comme tant de choses auxquelles nous étions attachés, on mesure mieux combien ils étaient utiles pour les médecins et les chirurgiens, nécessaires pour la science, bienfaisants finalement pour les malades.

Je lisais, ces jours-ci, *Une Vie de Chirurgien*, le livre d'Andrea Majocchi (de Milan). Au cours de ses souvenirs il parle des Congrès. Sans les considérer comme des « pivots de la vie intellectuelle moderne », Majocchi reconnait leur utilité et ne nie pas leur agrément.

Avec un peu de recul, on peut mieux apprécier leur valeur. Si, au point de vue technique, les Congrès de Chirurgie, notamment, étaient d'un intérêt évident, leur portée n'était pas moindre sur le plan international.

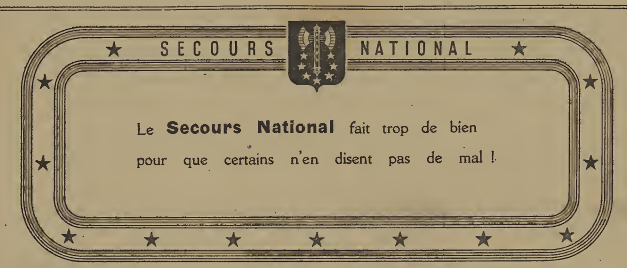
De précieuses amitiés basées sur une estime réciproque se nouaient au cours de ces réunions. Beaucoup d'entre elles ont subi l'épreuve de la cruauté des événements. Leur fidélité n'en est que plus admirable. Elles seront un des éléments de bien des renaissances et c'est une des raisons qui font, à juste titre, regretter l'interruption de la tradition des Congrès.

F. L. S.

Coagulation et section des brides pleuro-pulmonaires par la méthode endoscopique (indications, techniques, résultats), par R. Pigeon, médecin des sanatoria de l'Assistance publique de Paris. Un volume de 104 pages, avec 14 figures (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications, n° 29). Masson et Cie, éditeurs.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)



Cette RIGUEUR de préparation que vous appréciez dans
l'ENDOPANCRINE
INSULINE FRANÇAISE
vous la retrouverez dans
l'HOLOSPLÉNINE et dans l'ENDOTHYMUSINE
EXTRAIT DE RATE INJECTABLE
EXTRAIT DE THYMUS INJECTABLE
Laboratoire de l'ENDOPANCRINE, 48, rue de la Procession - Paris-XVe

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE
CARDIO-VASCULAIRE
LABORATOIRES DEGLAUDE, 15, boulevard Pasteur - PARIS-XVe

INJECTION SOUS-CUTANÉE de 1 centicube POUR DÉBUTER, puis 2 centicubes

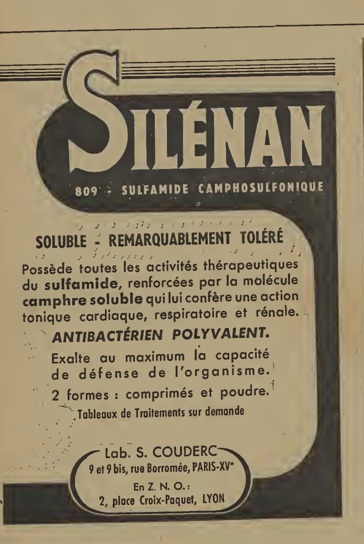
BOITES DE SIX AMPOULES DE 2 cc

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON

GYNECO VACLYDUN

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME





IPECOPAN

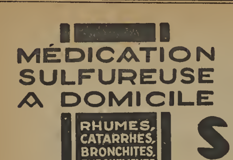
CALME LA TOUX QUELLE QU'EN SOIT L'ORIGINE
FACILITE L'EXPECTORATION

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (17e) - B. Joyeux, Docteur en Pharmacie

S. THIERY Phien
19, Rue Franklin
PARIS
XVIe

BINOXOL Antiseptique gastro intestinal
CHLORALOSANE Hypnotique
DITHIORAL Antirhumatismal
SUNALCOL Antiseptique cutané
SUNOXIDON Fébrifuge Antiinfectieux
SUNOXOL Antiseptique pour usage externe

R.A.L.
PRODUITS SPÉCIALISÉS DES Ets KUHLMANN



SULFUREUX POUILLET

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EN BOISSON

Une mesure pour 1 verre d'eau sulfureuse.

Échantillon sur demande.

EN BAINS

1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS

1 à 2 compr. par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS

Dyspepsie
Gastralgie
Hyperchlorhydrie

sel de hunt

laboratoire Alph. Brunot,
16, rue de boulainvilliers,
paris-xvie

DERMATOSES-HYPERTENSION

4 à 8 pil. glutin. par jour
2 à 3 I. V. par semaine

HYPOSULFÈNE

LABORATOIRES TORAUDE
22, rue de la Sorbonne, PARIS
2, rue du Pensionnat, LYON

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRENOL

3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX - ÉMOTIVITÉ - INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS

FORMULE

Peptones polyvalentes 0.03
Hexomethylène-tétramine . 0.05
Phényl-éthyl-malonylurée.. 0.01
Teinture de Belladone 0.02
Teinture de Cratægus 0.10
Extrait fluide d'Anémone.. 0.05
Extrait fluide de Passiflore. 0.10
Extrait fluide de Boldo ... 0.05
pour une cuillerée à café

DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires

LABORATOIRES LOBICA - 25, Rue Jasmin - PARIS (16e)

N° 32. — 10 OCTOBRE 1942 115e ANNÉE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR QUATRE PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (Epreuves de sous-admissibilité (12 places). Liste de MM. les Membres du Jury dans l'ordre du tirage au sort :

MM. les Drs Vincent, Guillain, Péron, Carrie, Decourt, Laroche, Tixier, Jacquelin, Pollet, Chiray, Armand-Delille, Flandin, J. Bezançon, Stévenin, Bourgeois, Richet, Loederich, Loeper, Kourilsky, Sézary, Laporte, Escalier, Monier-Vinard, René Bénard.

Hôpital psychiatrique de la Seine-Inférieure. — Un poste d'INTERNE A LA MAISON DE SANTÉ DÉPARTEMENTALE se trouve actuellement vacant.

Les étudiants pourvus de 16 inscriptions que cela pourrait intéresser sont priés d'écrire à M. le Directeur de la Maison de Santé Départementale, Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).

La médecine préventive universitaire. — L'organisation de la médecine préventive universitaire que nous avions annoncée récemment vient de faire l'objet d'un DÉCRET N° 2128 DU 3 AOÛT 1942 (*J. O.* du 1er octobre 1942), qui règle cette organisation dans l'Université de Paris.

Le service de Médecine Préventive est chargé du dépistage des maladies et particulièrement de la tuberculose chez tous les étudiants de l'enseignement supérieur.

L'examen sera effectué chaque année, il aura un caractère préventif et non thérapeutique. Il a pour but d'éclairer chaque étudiant sur son état de santé et ne peut avoir en aucun cas pour conséquence d'exclure l'étudiant de l'Université. Le secret médical sera respecté.

Le fonctionnement du service sera assuré par un personnel comprenant : 1° Des médecins examinateurs, phtisiologues, dont le décret fixe les honoraires à 10 francs par étudiant.

2° Un médecin chargé du secrétariat général.

3° Des assistantes sociales.

4° Un personnel administratif.

Un droit annuel de 40 francs sera perçu pour cet examen mais des exonérations sont prévues.

Un comité est institué comprenant le doyen de la Faculté de Médecine ou son représentant et diverses personnalités dont un représentant des étudiants. Il aura un bureau permanent.

Un DEUXIÈME DÉCRET, N° 2129, en date du 3 août, généralise les examens de médecine préventive universitaire dans tous les établissements d'enseignement supérieur dépendant du Ministère de l'Education Nationale, c'est-à-dire dans toutes les Universités.

Faculté de Médecine de Paris. — Sont déclarées vacantes : la chaire de pathologie chirurgicale (dernier titulaire : M. J. Quénu, transféré à la clinique Cochin) et la chaire de clinique thérapeutique chirurgicale de Vaugirard (dernier titulaire : M. Brocq, transféré à la clinique de l'Hôtel-Dieu).

(*J. O.*, 27 septembre 1942.)

M. Bargeton, assistant, est à nouveau chargé des fonctions d'agrégé de physiologie.

M. Calvet est à nouveau chargé des fonctions d'agrégé d'anatomie (M. Hovelaque, décédé).

M. Marchal, agrégé, est à nouveau provisoirement chargé du service de la chaire de pathologie médicale.

M. Lacomme, agrégé, est à nouveau provisoirement chargé du service de la chaire de clinique obstétricale.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Monnet, agrégé, est provisoirement chargé du service de la chaire de chimie générale pharmaceutique et toxicologie (M. Wunschendorff, relevé). M. Simonin, professeur, est provisoirement chargé du service de la chaire de médecine légale (M. Giraud, décédé). M. Laigret, ex-chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis, est provisoirement chargé du service de la chaire de bactériologie.

Par arrêté en date du 26 septembre 1942, M. Mounier-Kuhn agrégé à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon, est chargé provisoirement, à compter du 1er octobre 1942 et au plus tard jusqu'au 30 septembre 1943, de l'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Alger.

(*J. O.*, 27 septembre 1942.)

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Gorse, doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, est placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940.

M. Calvet, agrégé d'histologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, est chargé provisoirement, à compter du 1er octobre 1942 et au plus tard jusqu'au 30 septembre 1943, du service de la chaire d'histologie et embryologie à cette même Faculté, en remplacement de M. Argaud, retraité.

M. le Dr Rigaud, médecin des hôpitaux de Toulouse, est chargé provisoirement, à compter du 1er octobre 1942 et au plus tard jusqu'au 30 septembre 1943, de l'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, en remplacement de M. Calvet, appelé à d'autres fonctions.

Par arrêté en date du 23 septembre 1942, est rapporté l'arrêté du 30 avril 1942 portant transformation de la chaire de pathologie chirurgicale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse en chaire de clinique oto-rhino-laryngologique.

(*J. O.*, 27 septembre 1942.)

Ecole de Médecine d'Angers. — M. G. Antoine, professeur de pathologie externe, retraité, est nommé professeur honoraire.

Ecole de Médecine de Dijon. — Par arrêté du 29 août 1942, M. Vuillaume, professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon, est nommé, à compter du 1er octobre 1942, professeur titulaire de la chaire de chimie à cette même Ecole, en remplacement de M. Meyer.

Ecole de Médecine de Reims. — Sont chargés à nouveau du service des chaires ci-après : M. Mottez, physique (M. Malassez, décédé) ; M. Hugueny, anatomie pathologique (M. Téchoueyres, retraité) ; M. Adam, clinique obstétricale (M. Buisson, retraité) ; M. Billard, professeur titulaire de clinique chirurgicale ; M. Stephani, clinique chirurgicale et suppléant de pathologie externe.

Santé publique. — LABORATOIRES DE CONTROLE. — Le *Journal Officiel* du 26 septembre 1942 publie un arrêté du 18 août 1942 établissant la liste des laboratoires agréés pour procéder à l'examen des spécialités pharmaceutiques.

Ces laboratoires sont : 1° Des laboratoires d'enseignement supérieur appartenant aux différentes Facultés de Médecine, de Pharmacie et des Sciences de Paris et de province. 2° Des

ARGINCOLOR
SIMPLE OU EPHÉDRINÉ
SOLUTION COLLOÏDALE de *NUCLÉINATE D'ARGENT* INCOLORE
L.E.V.A. - L. GAILLARD, Pharmacien
26, rue Pétrelle, PARIS (9e)

laboratoires n'appartenant pas à l'Université, tels le Laboratoire National de Contrôle, les Laboratoires de l'Académie de Médecine, de l'Institut Pasteur, du Muséum, etc...

LE DIPLÔME D'ETAT D'INFIRMIÈRE OU D'INFIRMIER HOSPITALIER. — Le *Journal Officiel* du 30 septembre publie le décret n° 2484 du 10 août 1942 ayant pour objet la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmière ou d'infirmier hospitalier. Le décret fixe la limite d'âge (21 à 38 ans), la durée de l'enseignement (2 ans), les études et les établissements agréés. Le décret a encore pour objet la création du diplôme de monitrice ou de moniteur, et le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières et d'infirmiers hospitaliers.

Secrétariat général des anciens combattants. — INDEMNITÉS ALLOUÉES AUX MÉDECINS EXAMINATEURS ET VÉRIFICATEURS. — Il est alloué, par heure de travail effectif, une vacation fixée à 18 francs pour les médecins examinateurs et à 22 francs pour les médecins vérificateurs.

COMMISSION SUPÉRIEURE DES SOINS GRATUITS. — Il est alloué par heure de travail effectif, une vacation fixée à 18 francs pour les médecins examinateurs et à 22 francs pour les médecins vérificateurs, chaque médecin devant fournir un rendement horaire minimum à fixer par décision du secrétaire général des anciens combattants.

COMMISSION CONSULTATIVE MÉDICALE. — Il est alloué par heure de travail effectif : une vacation fixée à 18 francs pour les médecins examinateurs et à 22 francs pour les médecins vérificateurs, chaque médecin devant fournir un rendement horaire minimum à fixer par décision du secrétaire général des anciens combattants.

Par dérogation temporaire aux dispositions du décret du 12 avril 1937 modifié par le décret du 6 janvier 1939, il peut être alloué aux médecins militaires retraités employés comme vacateurs à la commission consultative médicale une indemnité représentative de frais sous réserve qu'il fournisse quarante heures de travail par semaine.

Le taux de cette indemnité, qui ne pourra dépasser 2.000 francs par mois, sera fixé, pour chaque médecin, par décision du secrétaire général dans la limite des crédits budgétaires.

SERVICE MÉDICAL DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DES ANCIENS COMBATTANTS. — L'indemnité forfaitaire attribuée à titre de rémunération, au médecin chargé du service médical du Secrétariat général des anciens combattants (annexe de Bellechasse), est portée à 60 francs par vacation à compter du 1er janvier 1942.

(*J. O.*, 29 août 1942.)

Les honoraires il y a cent ans. — Notre érudit confrère Henri Bouquet publie dans *Le Progrès Médical* d'intéressantes notes sur le monde médical il y a cent ans. Dans le numéro du 10 septembre 1942, il aborde la question des honoraires : « La visite et la consultation se paient couramment deux francs. Récamier, dans sa correspondance, parle de visites à trois livres. Tel était le prix de Piorry lui-même jusqu'en 1830, année où il porta le taux de ses visites à cinq francs. « Je reçois à partir de trois francs », disait Corvisart à Napoléon qui le taquinait sur sa fortune. Près de trente ans plus tard, un médecin appelé en consultation par un confrère se faisait payer vingt francs... »

Je verse au dossier de mon ami Bouquet une lettre de Dupuytren, que nous conservons dans les archives de la *Gazette des Hôpitaux*. Cette lettre mentionne des tarifs plus élevés.

Le baron Dupuytren adresse, le 31 décembre 1827, à la famille d'un client, une réclamation au sujet de « quarante-cinq visites et cinq ou six consultations avec divers médecins ». Le prix des visites avait été fixé à vingt francs. « En mettant, comme c'est l'usage, écrit Dupuytren, les consultations à un prix double, il faudrait ajouter cent francs aux neuf cents francs d'autre part, d'où il résulte qu'il m'est dû *mille* francs... »

Il termine en assurant son correspondant de sa « parfaite considération à laquelle je joindrais, dit-il, avec plaisir, celle de toute ma reconnaissance ». Il signe Baron Dupuytren, Premier Chirurgien du Roi et de l'Hôtel-Dieu. Il aurait pu ajouter membre de l'Institut, car il était membre de l'Académie des Sciences depuis 1825.

F. L. S.

Cours

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (17, rue du Fer-à-Moulin, Paris-5e). — Des travaux pratiques d'anatomie pathologique en huit séances, auront lieu sous la direction du Dr P.-A. Nicaud, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à l'Amphithéâtre d'anatomie, à partir du 19 octobre à 16 h. 30.

Ces cours auront lieu les lundis, mercredis et samedis, à 16 h. 30. Plus spécialement réservés aux internes, ils sont gratuits pour les internes en exercice. Pour les docteurs, droit d'inscription : 300 francs. Nombre des auditeurs limité à 20. Inscription sans retard.

Institut de Puériculture de la Ville de Paris et du Département de la Seine (Hôpital-Hospice Saint-Vincent-de-Paul (Enfants-Assistés), 74, rue Denfert-Rochereau, Paris (14e). M. le Professeur agrégé Marcel Lelong. — Le COURS ANNUEL DE PUÉRICULTURE commencera le jeudi 12 novembre 1942, à 9 h. 15 (Salle des Cours du Pavillon Pasteur), et sera continué, chaque jeudi, à la même heure. Cet enseignement, destiné aux dames et jeunes filles, est gratuit. Il comprend des leçons théoriques et des travaux pratiques (soins aux nourrissons, démonstrations de diététique) exécutés dans les consultations de l'hôpital et les nourriceries avec la collaboration du personnel de l'Institut. Le nombre des élèves étant limité, il est nécessaire de s'inscrire au laboratoire, tous les jours, sauf le dimanche, de 9 à 11 heures, à partir du 10 octobre.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES ETUDES. — **Techniques biologiques et pharmacodynamiques** sous la direction de René Hazard, Professeur à la Faculté de Médecine, Directeur du laboratoire de biologie expérimentale.

Programme. — 1° Techniques physiologiques appliquées à la pharmacodynamie : procédés d'anesthésie et d'injection chez l'animal ; procédés de prélèvement des liquides biologiques ; cardiographie ; pression artérielle ; pléthysmographie, organes isolés (cœur, intestin, utérus, etc.) ; sang (pH, réserve alcaline, glycémie, etc.) ; pneumographie ; fistules digestives et urinaires ; ablation d'organes ; myographie et chronaxie ; exploration du système nerveux (système nerveux autonome, cardiaque, splanchnique). La plupart de ces techniques seront appliquées à l'étude des actions de quelques substances toxiques et médicamenteuses et des mécanismes de ces actions (toxicité, actions cardiovasculaires, respiratoires, sécrétoires, musculaires, etc.).

2° Techniques biologiques : Caractérisation et dosage chimique et physiologique d'hormones génitales (œstrogènes, androgènes, prolans). Recherche de l'activité antianémique des médicaments.

Le cours comprendra douze séances de manipulations individuelles, l'après-midi, du 12 au 24 octobre 1942, inscription au Laboratoire de Biologie expérimentale des Hautes Etudes, à la Faculté de Médecine, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Clinique de la Tuberculose. Hôpital Laënnec (Professeur Jean Troisier). — Nous rappelons qu'un COURS EN VUE DU CONCOURS ET DE L'EXAMEN D'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECINS DE SANATORIUMS ET DE DISPENSAIRES aura lieu du 19 octobre au 26 novembre 1942 et qu'il sera suivi du 27 novembre au 12 décembre 1942 d'un cours théorique et pratique sur « Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ». Droits d'inscription : 450 francs pour le premier cours ; 500 francs pour le second cours et 800 francs pour l'ensemble des deux cours.

Renseignements et inscriptions : Clinique de la Tuberculose, tous les matins de 10 heures à midi (Dr Brouet), et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis, vendredis de 14 heures à 16 heures.

Institut Régional de Puériculture et d'Hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest. — La Fédération des Œuvres Girondines de Protection de l'Enfance organise une nouvelle série de cours, en 1942-1943, réservés aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité.

Il comprend trois sections : Puériculture anténatale (novembre-décembre 1942) ; Puériculture post-natale (janvier-février-mars-avril 1943); Hygiène scolaire (mai-juin 1943).

Il comporte des cours théoriques, des travaux pratiques, des stages dans des services hospitaliers d'accouchement et de puériculture, ainsi que dans des consultations privées anté et post-natales, des visites dans différentes œuvres sociales de protection maternelle et infantile et dans des établissements scolaires.

L'enseignement sera sanctionné par un certificat.

Droit d'inscription à chaque série de cours : 100 francs.

Inscriptions au Centre de Protection de l'Enfance, Hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne, Bordeaux.

Nécrologie

— Nous apprenons avec une vive peine la mort de Mme Gaston Giraud, mère du professeur Gaston Giraud, doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier, et du docteur Marthe Giraud, chef de laboratoire à la même faculté.

Mme Giraud mère avait gardé, malgré son grand âge, la finesse et la vivacité de son esprit hautement cultivé. Ceux qui ont eu, comme nous, l'honneur de connaître cette femme de grande distinction qui fut une mère admirable et une éducatrice hors de pair, mesureront l'étendue de la peine qui accable ses enfants. Nous en prenons notre part avec toute notre vieille et fidèle affection.

F. L. S.

— Nous apprenons la mort, survenue pendant les vacances, de M. le professeur Tournade, correspondant national de l'Académie de Médecine, professeur au Muséum d'Histoire naturelle, ancien professeur à la Faculté de Médecine d'Alger, puis au Collège de France.

— Le professeur Martin Kirschner, l'éminent chirurgien d'Heidelberg, décédé à l'âge de 65 ans. On lui doit notamment un gros perfectionnement dans la technique de la cure des fractures : la traction directe sur les os par un fil métallique.

SINAPISME
RIGOLLOT
RÉVULSION RAPIDE ET SURE
POUDRE DE MOUTARDE
RIGOLLOT
POUR USAGE MÉDICAL
Cataplasmes sinapisés - Grands Bains
Bains de Pieds
Vente en gros :
DARRASSE, Phcien, 13, rue Pavée, PARIS
R. C. 17.602

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-X°

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR





TONIQUE GÉNÉRAL
RECALCIFIANT

GAUROL

CALCIUM ASSIMILABLE

AMPOULES
COMPRIMÉS
GRANULÉ

GAUROL INTRAVEINEUX

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ - Courbevoie (Seine)



HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

FLUXINE

Gouttes et Dragées

CIBALGINE

Nom déposé

CIBA

ANALGÉSIQUE - SÉDATIF

Toutes algies

COMPRIMÉS - GOUTTES - AMPOULES

◆

LABORATOIRES **CIBA** - D[r] P. DENOYEL

103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON

Une production accrue de Vitamine B1 et Vitamine C garantit l'exécution rapide de vos prescriptions de...

BÉVITINE

Vitamine B1 Cristallisée

TOUTES POLYNÉVRITES

NÉVRALGIES

SYNDROMES DIGESTIFS DE CARENCES

ASTHÉNIES

RÉGIMES HYDROCARBONÉS

PRÉSENTATIONS

Comprimés à 0 g 005 (Tubes de 20)
Ampoules à 0 g. 002 (Boîtes de 5)
Ampoules à 0 g. 01 (Boîtes de 5)

VITASCORBOL

Vitamine C Cristallisée

SYNDROMES HÉMORRAGIQUES

CONVALESCENCES DES MALADIES FÉBRILES

ANÉMIES

RÉGIMES EXEMPTS DE CRUDITÉS

PRÉSENTATIONS

Comprimés à 0 g 05 (Tubes de 20)
Ampoules de 1 et 2 cm³ (sol. à 5 %) (Btes de 10)
Ampoules de 5 cm³ (sol. à 10 %) (Btes de 3)

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPECIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON — PARIS (8°)

FERMENTS LACTIQUES

BULGARINE THÉPÉNIER

Bouillon, Comprimés, Gouttes

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8°)

DIASTASES ET VITAMINES DE CROISSANCE

AMYLODIASTASE THÉPÉNIER

Comprimés et Sirop

10 et 12, rue Clapeyron, PARIS (8°)

REVUE GENERALE

LES SYNDROMES INFUNDIBULOTUBÉRIENS

Par Henri Roger

Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses à la Faculté de Médecine de Marseille

Les syndromes infundibulotubériens occupent en clinique une place de plus en plus importante. Leurs rapports avec la pathologie hypophysaire ont été d'ailleurs des plus discutés et posent des problèmes du plus haut intérêt, en ce qui concerne les relations endocrino-sympathiques. C'est, en effet, à la richesse des formations sympathiques de l'infundibulotuber qu'est due la pluralité de ces syndromes qui s'intègrent surtout dans la vie végétative.

HISTORIQUE

Leur histoire peut être divisée en trois étapes :

1° *Etape hypophysaire.* — En 1886, Pierre Marie découvre l'acromégalie, en établit les relations avec une tumeur de l'hypophyse et prouve l'intervention de cette glande dans la croissance et le développement du squelette. En 1900-1901, Babinski et Froehlich décrivent le syndrome adiposo-génital et démontrent l'influence de la glande pituitaire sur le métabolisme des graisses et sur les organes génitaux. Les neurochirurgiens (Cushing), les endocrinologistes (Gr. Marañon) rapportent au lobe antérieur les syndromes liés au développement squelettique (acromégalie, infantilisme, nanisme), et au lobe postérieur ceux qui commandent les métabolismes de l'eau (diabète insipide), des hydrates de carbone (diabète), des graisses (obésité, syndrome adiposo-génital, maigreur) ;

2° *Etape infundibulotubérienne.* — Les études des physiologistes, d'Aschner en 1912, de Camus et Roussy en 1913, confirmées par celles de Houssay, de Bailey et Bremer, tout en laissant à l'hypophyse le principal rôle dans la croissance osseuse, lui enlèvent les autres fonctions pour les rattacher au système diencéphalique. En 1912, Claude et Lhermitte isolent en clinique le syndrome infundibulaire, fait de troubles du sommeil, de diabète insipide, de troubles sexuels et psychiques ;

3° *Etape endocrino-sympathique.* — Dans ces dernières années, tant la physiologie que la clinique montrent la complexité du problème.

D'une part, l'hypophyse devient une glande aux fonctions multiples. N'a-t-on pas décrit dix à douze hormones pour le seul lobe antérieur ? Le lobe postérieur, dit lobe nerveux, n'interviendrait-il pas, lui aussi, par une sécrétion interne sur la régulation de la pression artérielle, sur la lactation ? N'a-t-on pas attribué une « intermédine » au lobe intermédiaire ? La pituitaire est devenue la glande endocrine par excellence, la glande chef de file qui commande les autres glandes : testicule, ovaire, thyroïde, pancréas et même surrénale.

D'autre part, la région de l'infundibulotuber voit se multiplier les noyaux sympathiques qui y sont décrits et on attribue à ces formations non seulement un rôle nerveux, mais encore une fonction endocrine.

Enfin, les relations tant nerveuses que sécrétoires entre l'hypophyse et l'infundibulotuber deviennent de plus en plus étroites et bon nombre d'auteurs se refusent à dissocier l'action de l'un et de l'autre.

Sans nier leurs corrélations étroites, on peut distinguer les syndromes infundibulotubériens des syndromes hypophysaires.

RAPPEL ANATOMIQUE

La région de l'infundibulotuber, encore décrite sous la dénomination de région hypothalamique, est formée par une mince lame de tissu nerveux, mollasse, de couleur gris cendré (*tuber cinereum*), située sur la ligne médiane, à la base de l'encéphale, immédiatement au-dessous du troisième ventricule dont elle constitue le plancher. Ce plancher dessine une dépression en entonnoir, l'infundibulum. A son sommet fait suite la tige pituitaire, à laquelle est appendue une petite formation sphérique, incluse dans la cavité de la selle turcique, l'hypophyse.

L'hypothalamus, ainsi en rapport avec l'étage moyen du cerveau dans le losange opto-pédonculaire, s'inscrit entre le chiasma et les bandelettes optiques en avant, les tubercules mamillaires et l'écartement des pédoncules cérébraux en arrière. Tant dans le sens antéropostérieur que dans le sens latéral, il n'a pas de limites tranchées, se continuant avec les autres formations du diencéphale.

Au *point de vue embryologique*, il correspond à la partie inférieure du diencéphale ou rhinencéphale, particulièrement développé chez les animaux, où l'excitant olfactif joue un grand rôle mettant en jeu la plupart des réflexes et des instincts nécessaires à la continuité de l'espèce. Chez l'homme, la moindre richesse en noyaux serait compensée par la différenciation plus grande des cellules de ces noyaux. Ce rappel phylogénétique expliquerait la localisation, à ce niveau, chez l'homme des fonctions végétatives capitales pour la vie de l'être.

DONNEES HISTOLOGIQUES

L'étude de la région infundibulotubérienne comporte celle de ses noyaux et de leurs connexions.

1° *Noyaux :* Nombreux sont les amas cellulaires réunis en noyaux par différents auteurs sous des noms malheureusement divers.

Foix et Nicolesco en ont isolé cinq chez l'homme : noyau périventriculaire juxtatrigonal, noyau de la bandelette optique et son noyau accessoire, noyau ventral du tuber et noyau périmamillaire, ces deux derniers plus tard venus dans la série animale et plus caractéristiques chez l'homme.

Roussy et Mosinger distinguent : l'hypothalamus postérieur, qui correspond aux formations mamillaires (noyaux mamillaires interne et latéral, prémamillaire et supermamillaire, hypothalamomamillaire, qui par suite déborde légèrement la région infundibulotubérienne proprement dite, et qui n'a pas de relation directe avec l'hypophyse, et l'hypothalamus antérieur comprenant les noyaux périventriculaires (supérieur ou paratrigonal, inférieur ou de l'infundibulum), le noyau ovoïde, et comme plus particuliers à l'homme les noyaux propres du tuber et le noyau pallido-infundibulaire de Greving.

Laruelle décrit un certain nombre de noyaux : substance grise centrale, noyau supraoptique, noyau paraventriculaire, noyaux basaux du tuber, noyau tubéro-mamillo-trigonal, noyaux du corps mamillaire, noyau intercalé, noyau de la substance réticulaire hypothalamique, noyau rétinien, noyau paramédian, auxquels il faut ajouter un noyau pallido-infundibulaire, un noyau interfornicatus, le corps subthalamique de Luys.

Ces divers noyaux sont constitués par des cellules allongées bipolaires, disposées en « banc de poisson » dans un courant fibrillaire caractéristique des formations végétatives, plus rarement en arrangement en pelote ou en ordre dispersé.

2° *Connexions.* Outre les connexions entre les noyaux d'un même hémisphère et ceux des hémisphères opposés (commissures de Meynert et de Forel), il faut distinguer des fibres se rendant :

a) Aux noyaux optostriés par un assez grand nombre de faisceaux ;

b) Au mésencéphale et à la région rétrothalamique par le faisceau du tuber ;

c) Au cortex, plus particulièrement à celui de la sphère olfactive (rhinencéphale, écorce temporale) par le système trigonal et celui du tœnia semicircularis ;

d) A l'hypophyse : relation du noyau supraoptique avec les lobes postérieur et intermédiaire par le tractus supraopticohypophysaire de Greving et, d'après Roussy et Mosinger, relation du noyau du tuber et de l'infundibulum par le faisceau hypothalamo-hypophysaire.

Laruelle distingue :

a) Des voies purement somatiques unissant entre eux les différents centres du rhinencéphale ;

b) Des voies somatovégétatives unissant le rhinencéphale et les noyaux du diencéphale ;

c) Des voies purement végétatives, établissant des relations avec l'hypophyse et les centres végétatifs inférieurs du névraxe.

DONNEES PHYSIOLOGIQUES

Sans passer en revue ici les nombreuses fonctions spéciales dévolues à l'infundibulotuber, que nous aurons l'occasion d'étudier avec chacun des syndromes cliniques envisagés, il y a lieu d'exposer quelques données générales concernant les difficultés de l'expérimentation et la complexité du fonctionnement diencéphalohypophysaire.

Tout d'abord la proximité de la formation nerveuse et de la glande endocrine rend difficile l'expérimentation.

Aschner, puis d'autres auteurs, en excitant électriquement la région infundibulotubérienne ont produit des troubles thermiques, pupillaires, sphinctériens, tensionnels et hypniques : on a objecté la grossièreté relative de cette expérimentation risquant de diffuser l'excitation aux régions voisines et en particulier à l'hypophyse. Celles, plus récentes et moins critiquables, de Ranson et de ses collaborateurs, de Hess, ont montré l'influence sur la pression sanguine, la respiration, la sécrétion salivaire, la miction, la défécation.

Les destructions purement localisées au diencéphale (avec intégrité de l'hypophyse, vérifiée par l'examen histologique) sont plus probantes (Camus et Roussy) : en déterminant polyurie, glycosurie, arrêt du développement génital et adiposité, elles fournissent la preuve de l'importance de l'infundibulotuber.

A ces expériences sur l'animal s'opposent, il est vrai, les constatations faites par Cushing chez l'homme où, au moins chez deux malades, l'ablation complète de l'hypothalamus n'aurait pas entraîné de troubles. Toutefois, comme on ne peut nier les syndromes cliniques en rapport avec des lésions limitées, il faut admettre que le déséquilibre d'un appareil est souvent plus pernicieux que sa souffrance totale.

En ce qui concerne la complexité du fonctionnement diencéphalo-hypophysaire, voici les dernières données acquises. Au moins cinq mécanismes peuvent expliquer leur action.

Deux sont simples :

1° Mécanisme hormonal direct, par l'action de la sécrétion propre de l'hypophyse ;

2° Mécanisme nerveux direct, par l'influence propre du système nerveux tubérien ;

Deux autres sont plus complexes :

3° Mécanisme neurohormonal, grâce à l'excitation nerveuse de l'hypophyse par les fibres provenant des centres hypothalamiques ;

4° Mécanisme hormononeural, par suite du déversement de la sécrétion hypophysaire au contact des cellules nerveuses par trois voies distinctes.

a) Cheminement à travers le tuber cinereum jusqu'aux noyaux de l'infundibulum : *neurocrinie* ;

b) Passage dans le L. C. R. du 3e ventricule qui baigne les noyaux du diencéphale : *hydrencéphalocrinie ;*

c) Déversement dans les voies sanguines, dont les capillaires, dérivés par une sorte de système-porte faisant court-circuit, atteignent les cellules nerveuses par les capillaires hypothalamiques : *hémoneurocrinie* ;

A ces quatre mécanismes s'en ajouterait un autre (Roussy et Mosinger) ;

5° Neurocrinie hypothalamique. Les centres de l'infundibulotuber devraient être considérés comme de véritables glandes endocrines : les noyaux de leurs cellules se gonflent et contiennent des granulations lipoïdiques.

Ces données physiologiques générales expliquent le retentissement en clinique des lésions de l'hypophyse sur l'infundibulotuber et réciproquement.

Pour Roussy et Mosinger, il n'y aurait pas lieu de limiter au seul infundibulotuber les centres régulateurs de la vie organique : il faut faire place à d'autres formations diencéphaliques, telles que la glande pinéale, l'épithalamus et les noyaux végétatifs placés dans la couche optique et le globus pallidus.

LES SYNDROMES CLINIQUES

Nous étudierons les syndromes complets et les syndromes dissociés.

Syndromes complets

Claude et Lhermitte ont décrit, en 1919, sous le nom de *syndrome infundibulaire*, un complexe clinique caractérisé par des perturbations du sommeil à type de somnolence présentant parfois la forme paroxystique d'accès narcoleptiques, par de la polyurie réalisant le tableau du diabète insipide et parfois par de la glycosurie, par des troubles sexuels (frigidité, impuissance avec ou sans atrophie testiculaire, aménorrhée), par des troubles psychiques (diminution de la mémoire, de l'affectivité, etc.).

Il s'y ajoute souvent des troubles visuels réalisant soit le type chiasmatique (hémianopsie bitemporale avec ou sans atrophie optique), soit le type de l'hypertension intracranienne (œdème et stase papillaire). Mais ces derniers symptômes sont des symptômes d'emprunt, liés à des lésions de voisinage.

Ce syndrome doit être rattaché le plus souvent à des tumeurs de l'infundibulum ou à des localisations syphilitiques.

Lhermitte est revenu à de nombreuses reprises sur l'individualisation de ce syndrome, dont la plupart des éléments étaient autrefois rattachés à l'hypophyse. En réalité, en dehors de leur groupement spécial et de leur correspondance avec les signes reproduits par l'expérimentation chez l'animal, cette entité clinique est basée sur l'absence de modifications radiologiques de la selle turcique et sur les données précises de l'anatomie pathologique montrant en pareil cas des lésions strictement localisées à l'infundibulotuber sans atteinte de la glande. La confusion avec le syndrome hypophysaire résulte de ce fait que les tumeurs de l'hypophyse peuvent s'accompagner d'hypersomnie, de polyurie, de glycosurie, de troubles mentaux, de syndrome adiposo-génital, lorsque, à un stade avancé de leur développement, elles viennent à comprimer la région infundibulaire. Ou bien encore à cet autre fait, tenant à ce que des processus inflammatoires ne sont pas limités à l'hypophyse, mais atteignent en même temps la région tubérienne.

Syndromes dissociés

Ceux-ci sont plus nombreux que les syndromes complets et permettent en tout cas, de mieux étudier les divers éléments du syndrome infundibulaire.

Nous essaierons de les grouper sous divers chefs :

Nous rattacherons aux *syndromes métaboliques* les perturbations du métabolisme de l'eau (diabète insipide), des hydrates de carbone (glycosurie), des lipides (obésité et syndrome adiposo-génital), des protides, etc.

Nous en rapprocherons des *syndromes végétatifs*, portant soit sur des fonctions régulatrices capitales pour l'organisme, comme le sommeil, l'équilibre thermique, la composition du sang, soit sur le fonctionnement des appareils viscéraux. Nous étudierons les rapports avec divers *syndromes endocriniens* (syndromes génitaux, en particulier) et enfin, avec quelques *syndromes nerveux* (moteurs, psychiques, etc.).

Nous aurons, pour quelques-uns de ces syndromes, à envisager soit des types *hyper*, soit des types *hypo*, sans que cette distinction, un peu arbitraire, doive faire préjuger d'un hyper ou d'un hypo-fonctionnement des centres infundibulotubériens, mais uniquement parce que la clinique montre la déviation de la fonction en plus ou en moins.

Les syndromes dissociés peuvent se combiner les uns avec les autres pour réaliser des syndromes qui, sans être totaux, sont plus ou moins complexes.

Syndromes métaboliques

Syndromes métaboliques hydriques :

1° Troubles hyper : diabète insipide. — *a)* Les *physiologistes*, en particulier Camus et Roussy et leur élève Gournay (*Thèse Paris* 1924), reproduisent chez le chien des expériences fondamentales avec vérification histologique. L'extirpation de l'hypophyse seule, si on ne lèse pas le tuber, ne détermine pas de polyurie. Une lésion du tuber seul, épargnant l'hypophyse, provoque une polyurie soit passagère, soit durable. Lorsqu'une lésion de l'hypophyse a déterminé une polyurie par atteinte concomitante involontaire du tuber, la section complète du tuber augmente la polyurie.

A cette théorie infundibulotubérienne du diabète insipide, les partisans de la théorie hypophysaire objectent l'effet oligurique très net des préparations de la post-hypophyse. A quoi, il peut être objecté que l'action pharmacodynamique d'une glande n'est pas une preuve formelle de sa fonction endocrinienne dans l'organisme.

Le mécanisme de cette polyurie est discuté. S'agit-il d'un trouble de la sécrétion rénale, lié en particulier à un trouble du métabolisme des chlorures (polyurie compensatrice d'une hyperchlorémie et nécessaire pour diluer et éliminer les chlorures du sang, ou, au contraire, hyperchlorurie en rapport avec une hypochlorémie) ? S'agit-il d'un trouble tissulaire, dû au défaut de fixation de l'eau dans les tissus et à son élimination immédiate ? Le problème est difficile à résoudre.

b) En clinique, le diabète insipide se rencontre indépendamment de toute lésion de l'hypophyse.

Il se caractérise par une polyurie de plusieurs litres atteignant jusqu'à 45 litres par 24 heures (Pidoux) et composé d'urines très claires avec dilution de tous ses éléments constituants, par une polydipsie invincible que le patient doit satisfaire par tous les moyens ; un de nos jeunes malades, que ses parents et ses maîtres empêchaient de se livrer à sa « mauvaise habitude », allait, pendant la récréation, lécher l'eau qui coulait le long des urinoirs. Ces diabétiques boivent abondamment, non seulement à leurs repas et entre leurs repas, mais encore la nuit. Leur estomac offre une tolérance anormale pour de pareilles quantités de boisson.

Ce diabète insipide survient à la suite de tumeurs, d'encéphalites, de traumatismes. Il est assez fréquemment d'origine syphilitique. Parfois transitoire, il est plus souvent permanent, sans qu'on puisse alors en connaître toujours la cause.

A côté du diabète insipide qui dure au moins plusieurs semaines, sinon plusieurs mois ou plusieurs années, il y a des *polyuries passagères* comme les polyuries émotives dans lesquelles le rôle des centres diencéphaliques doit être discuté, associé ou non à un facteur bulbaire.

Du diabète insipide, dans lequel la polyurie paraît être l'élément primordial, nous rapprocherons les *polydipsies* qui, au lieu d'être secondaires à la polyurie, sont primitives. Tous les neurochirurgiens connaissent la sensation très pénible de soif qu'éprouvent, au cours même de l'intervention, les opérés dont on vient à comprimer par un écarteur la région infundibulaire ; parfois la polyurie ne s'installe que secondairement et dure quelques jours après l'opération. L'existence de ces polydipsies primitives pose la question des diabètes insipides dans lesquels un dérèglement du mécanisme de la soif serait le primum movens.

L'étude de ces polydipsies infundibulotubériennes doit faire discuter l'origine centrale de la *dipsomanie*. La nécessité impérieuse qu'ont certains individus de boire de l'alcool, survenant parfois par périodes, et indépendante de tout besoin toxicomaniaque, ne serait-elle pas en rapport avec une atteinte infundibulotubérienne ?

2° Troubles hypo. — Si le diabète insipide et les polydipsies peuvent être considérés comme des troubles hyper, exaltant le fonctionnement du métabolisme aqueux, y a-t-il, inversement des troubles hypo, une *oligurie* d'origine diencéphalique ? Le fait est bien probable. Divers auteurs se sont demandés s'il n'y avait pas dans le diencéphale des centres oliguriques à côté des centres polyuriques. Pour Godlewski, il faudrait admettre un centre unique qui, suivant le siège ou la qualité de l'excitant, serait capable de répondre tantôt par une augmentation, tantôt par une diminution de l'excrétion aqueuse ; ce qui cadre avec la réaction amphotonique de la plupart des centres végétatifs.

3° Un autre trouble urinaire, la *nycturie*, caractérisée par l'augmentation des urines nocturnes dépassant la quantité des urines diurnes, avait été considéré par bien des auteurs comme un des symptômes de début de l'insuffisance cardiaque. Jones l'a rapporté à une atteinte du système diencéphalo-hypophysaire ; ce syndrome pourrait être associé à la narcolepsie.

Syndromes métaboliques glucidiques.

1° Troubles hyper : Glycosurie et diabète diencéphaliques. — Pierre Marie a rapporté le premier cas de diabète associé à l'acromégalie et Launois et Roy ont montré que les géants finissent souvent par du diabète. L'existence d'un diabète hypophysaire n'est pas douteux.

a) Les *travaux expérimentaux* de Houssay ont isolé une hormone diabétogène du lobe antérieur de l'hypophyse. Des injections d'extraits de ce lobe provoquent une hyperglycémie et même un véritable diabète, si on augmente les doses et la durée des injections. Si, par pancréatectomie, on supprime la fonction insulinienne, il se produit un diabète dû à ce que l'hormone hyperglycémiante de l'antéhypophyse n'est plus neutralisée par la sécrétion insulaire ; la preuve en est donnée par le fait que l'hypophysectomie fait disparaître le diabète du chien dépancréaté : chien sans pancréas et sans hypophyse, dit chien de Houssay.

Et cependant, l'hypophysectomie totale avec intégrité de l'hypothalamus est loin d'être toujours suivie de glycosurie. Par contre, la blessure légère du diencéphale provoque souvent une glycosurie tardive et prolongée, véritable diabète tubérien, moins sensible toutefois à l'insuline que le diabète de l'animal dépancréaté. La glycosurie serait plus durable quand la lésion porte sur le noyau ventriculaire.

b) L'existence d'un diabète infundibulotubérien n'est pas moins affirmée par la *clinique* : diabète traumatique après coup de fleuret pénétrant par l'orbite (Falta) ou après fracture de la base du crâne (Kretschmer), glycosurie de 220 gr. par 24 heures, avec polyurie, œdèmes et rétention chlorurée par méningo-encéphalite syphilitique atteignant l'infundibulotuber et l'hypothalamus, surtout les noyaux paraventriculaires et supraoptique sans lésion concomitante de l'hypophyse (Et. May, Lher-

mitte et Kaplan) ; diabète se chiffrant par une glycosurie de 472 gr. par litre et par une hyperglycémie de 3 gr. 76, apparue après un petit traumatisme cérébral au cours de l'ablation, par Clovis-Vincent, d'une tumeur de l'hypophyse chez un acromégale non glycosurique ; diabète guéri après plusieurs mois d'insulinothérapie et de régime, puis récidivant, deux ans après, à la suite d'un traumatisme frontal par chute de bicyclette, cette seconde poussée ayant guéri comme la première (Rathery, Bargeton et Froment) ; apparition chez une femme acromégale, trois ans après une hypophysectomie, d'un diabète insipide qui dure cinq ans, puis d'un diabète sucré (Oppenheimer).

Le diabète infundibulaire présente tantôt le type simple, tantôt le type consomptif. Il peut avoir un caractère régressif et est influencé par l'insuline et parfois par la ponction lombaire.

A côté du diabète purement hypothalamique, on s'est demandé si les centres infundibulotubériens ne jouent pas un rôle dans le diabète d'allure banale. On a publié des cas de diabète insulino-résistants améliorés ou guéris par la radiothérapie de la région diencéphalo-hypophysaire. Dresel et Levy ont montré la fréquence des lésions nerveuses (globus pallidus) chez les diabétiques. Morgan, Vonderahe et Malone ont comparé l'aspect histologique de l'hypothalamus chez quinze diabétiques et chez cinq sujets morts d'affections diverses ; ils trouvent chez les diabétiques des lésions de ramollissement avec diminution du nombre des cellules ganglionnaires et chromatolyse prédominant sur les noyaux de l'hypothalamus antérieur et surtout sur le noyau paraventriculaire. Pour Lhermitte, l'argument décisif tient dans l'association du diabète sucré avec des manifestations végétatives diencéphaliques telles que : obésité, polyurie, hypnolepsie, perturbation sexuelle.

2° Troubles hypo : Hypoglycémie. — On connaît l'hypoglycémie (aux environs de 0 gr. 70 par litre) et la sensibilité exagérée à l'insuline accompagnant l'infantilisme hypophysaire, la dystrophie adiposogénitale et le syndrome de Simmonds. Rathery, Dérot et Sterne ont observé une hypoglycémie grave au cours de deux cas d'hémorragie méningée.

Déterminant, chez l'animal, de petites lésions du noyau ventriculaire par excitation avec des microélectrodes, Barres et Ingram ont constaté tantôt de la glycosurie, tantôt une hypoglycémie durable. Keller, Nolle et Keller ont obtenu les mêmes effets hypoglycémiants en provoquant des lésions hypothalamiques. Niki attribue l'hyperglycémie à la destruction des noyaux paraventriculaires et l'hypoglycémie à l'excitation de ces mêmes noyaux.

Par ailleurs, Aron, d'une part, Anselmino et Hoffmann, d'autre part, ont trouvé dans le lobe antérieur de l'hypophyse une hormone antagoniste de l'hormone diabétogène, une pancréatostimuline.

Il semble donc bien que les crises d'hypoglycémie brusque d'origine indéterminée ne dépendent pas toujours du pancréas, mais doivent parfois être rapportées au complexe hypothalamo-hypophysaire. On s'est demandé si le traitement des maladies mentales par le choc insulinique, la cure de Sakel, ne mettait pas en jeu un pareil mécanisme.

Dans leur rapport récent à la Société Médicale des Hôpitaux (7 et 8 novembre 1941), Sainton et P. Froment concluent que l'hypothalamus joue un rôle considérable dans la régulation du métabolisme glucidique et que ses lésions provoquent un diabète qu'on peut appeler neurogène.

Syndromes métaboliques lipidiques.

A) Troubles hyper : Obésité. — 1° Au point de vue *physiologique*, les expériences de Cushing qui, par l'ablation du lobe postérieur de l'hypophyse, provoquent de l'obésité et des troubles sexuels, établissent l'origine endocrinienne du syndrome adiposo-génital décrit par Babinski et par Frœhlich et rapportés par eux à une tumeur hypophysaire. Mais celles, non moins précises, de Camus et Roussy, de Bailey et Bremer, de Houssay, montrent le rôle du système nerveux. Des sections uniquement tubériennes provoquent, tantôt de l'obésité se chiffrant chez le chien par une augmentation du poids de 10 à 20 kilogrammes, tantôt une agénésie testiculaire, tantôt l'association des deux. Plus récemment, Smith enlève l'hypophyse par voie pharyngée sans atteindre la région cérébrale basilaire et produit un syndrome hypogénital typique ; intervenant chez d'autres animaux par voie temporale sur le tuber, sans léser l'hypophyse, il voit le poids tripler par rapport à celui des témoins. La fonction génitale appartiendrait à l'hypophyse, la fonction de fixation des lipides au diencéphale.

2° *En clinique*, il y a lieu de distinguer les obésités simples et le syndrome adiposo-génital.

a) L'*adiposité* d'origine diencéphalique est établie par les observations relativement fréquentes d'adolescents ou d'adultes, qui, en quelques semaines ou en quelques mois, voient leur poids s'accroître de 10, 15 et 20 kilogrammes à la suite d'une encéphalite épidémique, comme nous en avons publié divers cas avec Montagnier. Un malade d'Abrami, Lichwitz et Stérianos grossit de 20 kilos par an et passe en trois ans de 60 à 120 kilos. Guizetti a trouvé chez des vieillards atteints d'obésité de cause inconnue des lésions destructives des noyaux paraventriculaires.

La surcharge graisseuse se porte surtout sur le tronc, plus particulièrement l'abdomen qui prend le type en besace et la racine des cuisses : les membres gardent leur forme habituelle. Cette distribution distingue l'obésité hypothalamique de l'obésité hypophysaire, telle qu'on la voit dans le syndrome de l'adénome basophile de Cushing : obésité plus généralisée en particulier avec facies lunaire, légèrement rosé, associé à des vergetures rougeâtres de l'abdomen, de l'hypertrichose et de l'hypertension artérielle.

b) Le *syndrome adiposo-hypogénital* a été rencontré dans des cas d'hydrocéphalie ou de tumeur du troisième ventricule (Lereboullet, Mouzon et Cathala). Quand il est consécutif à une tumeur de l'hypophyse, l'autopsie montre, au moins dans la moitié des cas, des lésions concomitantes du tuber.

A l'adiposité déjà signalée, s'ajoute l'hypogénitalité : chez les jeunes, aspect atrophique des organes génitaux, absence d'apparition des caractères sexuels secondaires (pas de poils, pas de développement des seins chez les filles), chez l'adulte, aménorrhée, diminution de la puissance et des désirs sexuels, atrophie de la peau (fine, souple, sèche) et des cheveux.

Ce syndrome adiposo-génital est souvent consécutif, chez l'enfant ou l'adolescent, à une variété particulière de tumeur suprasellaire, tumeur développée aux dépens des reliquats embryonnaires de la poche de Rathke. Ces néoplasies se traduisent, en outre, par quelques céphalées, un certain degré d'infantilisme, des troubles oculaires à type de syndrome chiasmatique, une image plus ou moins opaque à la radiographie.

c) Au syndrome adiposo-génital peut s'associer un retard intellectuel, un déficit visuel dépendant d'une rétinite pigmentaire et diverses malformations, dont l'une des plus caractéristiques est la polydactylie ; l'ensemble réalise le *syndrome de Moon-Laurence-Bardet-Biedl*, syndrome le plus souvent familial, que nous avons étudié avec Farnarier à l'occasion d'un cas particulièrement typique.

d) On a discuté le rôle du système diencéphalo-hypophysaire dans diverses obésités localisées et dans certaines lipomatoses.

B) Troubles hypo : Maigreurs. — A côté de l'obésité diencéphalo-hypophysaire, faut-il faire une place à des *maigreurs* de même origine ?

1° La *maladie de Simmonds*, qui évolue habituellement chez la femme après plusieurs grossesses, se caractérise par une cachexie progressive avec fonte rapide de la graisse et du tissu musculaire (perte de poids de 20 à 30 kg. et même 50 kg.) accompagnée d'anorexie invincible et de sénilité précoce, par des modifications de la peau (sèche, flétrie, écailleuse), des poils (chute des poils pubiens et axillaires) et des dents par une asthénie considérable surtout physique, mais également psychique, par l'aménorrhée, par l'hypotension, l'hypoglycémie et par l'abaissement du métabolisme de base. Liée le plus souvent à une atrophie du lobe antérieur de l'hypophyse et rattachée à l'influence de ce lobe sur les autres endocrines, elle survient parfois indépendamment de toute lésion de cette glande et coïncide avec une atteinte de l'infundibulo-tuber (Lewy, Lubarsch) ;

2° A côté de ce syndrome cachectique si accentué, il est des états de *maigreur*, moins accusés qui relèvent d'un désordre hypothalamique, par exemple, certaines maigreurs post-encéphalitiques ;

3° Enfin, dans quelques cas, la déperdition du tissu graisseux reste localisée à la partie supérieure du corps (face, bras et tronc), alors que les membres inférieurs gardent leur aspect normal, ou même avec une surcharge graisseuse : *lipodystrophie progressive* de Barraquer-Simons. L'origine infundibulotubérienne en serait prouvée par son étiologie encéphalitique (Sarbo) ou par l'intrication des signes infundibulaires : polyurie, glycosurie, hyperhydrose (E. Leschke). Chez un de nos malades, observé avec Alliez et Paillas, des anomalies tensionnelles, une glycémie élevée, une hydrophilie tissulaire considérable et paradoxale, nous ont paru plaider en faveur de cette pathogénie.

C) A côté des syndromes métaboliques de l'eau, nous en avons décrit qui dépendent du mécanisme de la soif. Par analogie, à côté des syndromes liés à la répartition des graisses dans l'organisme, il y a lieu d'envisager des troubles portant particulièrement sur la *fonction de la faim*.

a) Hyperorexie ou boulimie ;

b) Surtout anorexies diverses, depuis la sitiophobie des aliénés jusqu'à l'anorexie purement mentale, curable tout au moins au début par l'isolement et la psychothérapie.

On a voulu dans ces divers syndromes faire jouer un rôle exagéré à l'hypophyse ; peut-être, surtout pour les états mentaux, faut-il incriminer davantage l'infundibulotuber.

Syndromes métaboliques protidiques.

Par lésion de la zone postérieure de l'hypothalamus. Beattie, Brown et Coy provoquent une albuminurie passagère. Par attrition tubérienne avec des fils d'argent, Ch. Richet fils et Dublineau ont obtenu une lésion discrète et tardive qui entraîne de l'azotémie avec azoturie.

Dans le groupe des azotémies extra-rénales, il en est qui paraissent dues à une atteinte cérébrale et en particulier diencéphalique. Telle celle que l'on constate au cours de l'encéphalite aiguë azotémique, bien isolée par Toulouse et Marchand : délire aigu fébrile avec azotémie s'élevant rapidement à 3, 5, 6 grammes et pouvant disparaître quand l'infection, particulièrement grave, évolue vers la guérison.

Syndrome métabolique basal.

Les lésions expérimentales du tuber (Grafe et Grunthal, Mazocco et Solari) abaissent le métabolisme basal, qui dans l'ensemble se trouve également diminué dans les syndromes cliniques infundibulotubériens, en particulier dans le syndrome adiposo-génital.

Syndromes métaboliques minéraux.

Existe-t-il dans les centres infundibulotubériens des mécanismes régulateurs des substances minérales.

Pour le *chlore*, Eckart a pu provoquer l'hyperchlorurie par piqûre du tubercule mamillaire ; on trouve l'hyperchlorurie dans les lésions du tuber.

Pour Zondek, le lobe antérieur de l'hypophyse jouerait un rôle important dans le métabolisme du *brome*, en sécrétant une hormone bromée qui à l'état de veille s'accumule dans les centres diencéphaliques régu-

lateurs de sommeil et les inhibe et qui, dès la production du sommeil, quitte le diencéphale pour gagner les noyaux bulbo-pontiques.

Diverses expériences tendent à prouver l'influence de l'hypophyse et probablement du tuber sur la sécrétion thyroïdienne et la répartition de l'*iode*.

L'excitation de la portion rétro-hypophysaire du plancher du 3e ventricule (van Bogaert et van Meel) détermine une légère augmentation de la *calcémie*, parallèle à une légère diminution de la *potassémie*. Le calcium s'accumule dans le diencéphale au cours du sommeil alors que le potassium se comporte inversement.

Syndromes végétatifs généraux

Ils portent, comme les syndromes métaboliques, sur des fonctions végétatives générales nécessaires à la conservation de l'individu : fonction du sommeil, de la thermogénèse, de la régulation sanguine.

Syndromes hypniques.

Il n'est pas douteux qu'il existe au niveau du diencéphale des centres régulateurs de l'alternance de la veille et du sommeil.

A) *Chez l'animal :* l'injection d'une solution de $CaCl^2$ dans la région infundibulaire provoque chez le chat un sommeil tout à fait comparable par sa réversibilité au sommeil naturel (Demole, Sture Buggren et Erik Moberg) ; de même l'instillation dans le troisième ventricule (Lafora, Marinesco, Draganesco, Sager et Kreindler) ou l'excitation par de fines électrodes des centres de la base (Hess). Clovis-Vincent, chez un sujet qu'il était en train d'opérer, touche avec la pointe d'un stylet mousse la surface postérieure de l'infundibulum : le malade bâille, sent la pesanteur du sommeil l'envahir et finit par s'endormir profondément. Tous les neurochirurgiens connaissent la somnolence assez heureuse des sujets qu'on opère sur ces régions.

Les centres hypniques correspondant à l'infundibulotuber englobent les noyaux paratrigonaux, les noyaux propres du tuber, les noyaux paraventriculaires.

B) *Chez l'homme*, Oekonomo montre la prédominance des lésions inflammatoires de l'encéphalite léthargique au niveau des formations grises avoisinant le 3e ventricule et la région interpédonculaire. Les tumeurs, les abcès, les foyers de ramollissement, qui entraînent le plus fréquemment de la somnolence sont ceux qui siègent dans l'hypothalamus, ou qui retentissent sur lui.

Nous ne saurions donner des détails sur toutes les viciations de la fonction hypnique attribuables au diencéphale. Nous nous contenterons de les indiquer sommairement.

1° Troubles hyper : Hypersomnie. — *a*) Hypersomnie continue ou prolongée durant plusieurs jours ou plusieurs semaines, allant de la simple somnolence à la léthargie, telle qu'on la rencontre dans l'encéphalite épidémique, dans la trypanosomiase humaine, dans les tumeurs localisées à l'infundibulum ou à son voisinage.

b) Hypersomnie paroxystique, évoluant sous forme d'accès de sommeil invincible, durant quelques minutes, survenant quand le malade est au repos, mais parfois l'importunant au cours même de ses occupations. Ce sommeil se caractérise souvent par un onirisme plus ou moins intense. Les crises sont intriquées avec des crises de cataplexie : chute brusque par dissolution du tonus survenant à l'occasion d'une émotion, du rire.

Les crises narcoleptiques sont symptomatiques de la localisation infundibulaire d'une encéphalite, d'une syphilis, d'une tumeur ou d'allure essentielle ; elles constituent alors la maladie de Gélineau.

2° Troubles hypo : Hyposomnie ou insomnie. — Leur rapport avec l'infundibulotuber et les centres de la base ressort des cas où l'insomnie s'accompagne d'algies et de myoclonies, comme dans l'encéphalite algomyoclonique. Par analogie, il faut rapporter à un trouble purement fonctionnel des centres du sommeil les insomnies des intoxications (alcool, café, thé), des auto-intoxications (troubles digestifs, urinaires, diabète), des troubles circulatoires (hypo ou asystolie), des infections (f. typhoïde).

3° Troubles para. — Quelle relation y a-t-il entre le diencéphale et l'onirisme du sommeil (rêves) et l'onirisme des délires, avec les terreurs nocturnes des enfants, avec le somnambulisme ? La réponse est difficile.

Lhermite, van Bogaert ont étudié, sous le nom d'hallucinose, le déroulement à la tombée du jour d'une imagerie variée (visions colorées, simples, vision d'animaux, de fleurs aux couleurs éclatantes), images que le malade sait ne pas être réelles, qui n'entraînent pas la conviction délirante. Cette hallucinose est particulière aux lésions toxiques ou vasculaires de la région pédonculaire, région bien voisine de celles étudiées ici.

Syndromes thermiques.

Il existe chez tous les animaux un appareil nerveux destiné à régler la température du corps. Cet appareil a des centres dans la protubérance et le bulbe ; les plus importants siègent au niveau de la région infundibulotubérienne.

A) Troubles hyper.

1° Les *physiologistes* savent bien, depuis Ott (1891), que la piqûre du tuber produit une élévation thermique qui commence une demi-heure plus tard, croît encore le lendemain et le surlendemain et monte jusqu'à 41°5 et 43°, puis retombe. Isenschmidt et Krehl sectionnent chez le lapin l'isthme encéphalique entre le thamalus et les tubercules quadrijumeaux : l'animal privé du contrôle du cerveau intermédiaire devient poïkilotherme, sa température centrale baissant ou s'élevant comme celle du milieu extérieur. Ranson et Ingram obtiennent les mêmes effets chez le singe, Alpers et Lewy chez le chat. La destruction du tuber entraîne une hyperthermie très rapidement mortelle ou une hypothermie (Bremer). Les animaux qui ont subi une lésion destructive de la région hypothalamique (Bayett, Alpers, Fish), n'ont plus, quand ils sont exposés à une température très froide, le frisson réactionnel destiné à produire de la chaleur et à lutter contre l'hypothermie. L'échauffement du tuber produit un fort abaissement thermique et une abondante sécrétion sudorale.

L'attouchement de l'infundibulum par un agent chimique (Hg, AzO^3, Ag, K, Na, Ba) élève la température centrale.

Les centres régulateurs thermiques siègent dans les deux tiers postérieurs du cerveau intermédiaire, au niveau de la partie ventrale et médiane.

Pour Kitamaya, Keichoro et Kazno Sonobe, ils s'échelonnent depuis la *pars optica* jusqu'au corps mamillaire.

2° *En clinique*, l'hyperthermie et la fièvre font partie des syndromes cérébraux graves (fracture du crâne, apoplexie, hémorragie) et sont d'un fâcheux pronostic. L'hyperthermie est maxima dans l'inondation ventriculaire (40°, 42°) probablement à cause du retentissement plus intense sur les centres sous-jacents du 3e ventricule.

Les tumeurs de la région infundibulotubérienne (Globus et Strauss) réalisent parfois des courbes fébriles irrégulières rappelant la fièvre typhoïde. Nous avons, avec Paillas et Mosinger, publié l'observation d'une jeune fille, atteinte d'algomyoclonies unilatérales, avec périodes fébriles de 10 à 15 jours de durée, que nous avions rapportées à une encéphalite et que l'évolution et l'autopsie nous montrèrent dues à une tumeur pédonculo-hypothalamique.

Des flambées à 39° accompagnées de crises végétatives (narcolepsie, vomissements, arythmie) surviennent au cours de tumeurs paraventriculaires, retentissant sur le 3e ventricule par le mécanisme de l'hydrocéphalie (Guillain, Bertrand et Périsson).

Les neurochirurgiens redoutent les poussées fébriles à 40°-41° qui suivent les interventions sur le diencéphale et contre lesquelles ils luttent par des vessies de glace au contact du tronc et des membres.

Au cours de l'encéphalite épidémique, on observe soit une fièvre passagère de quelques jours à quelques semaines, soit une fièvre prolongée durant des mois (Ledoux), soit l'inversion du rythme thermique (Sicard) avec température plus élevée le matin que le soir.

Aberle a observé, chez un enfant atteint de maladie de Little, des poussées thermiques alternant avec des chutes de température d'une intensité et d'une évolution inaccoutumées qu'il rattache à la maladie nerveuse.

Dans le *coup de chaleur*, Morgan et Vonderahe trouvent des altérations notables des noyaux hypothalamiques, surtout du noyau paraventriculaire et du noyau latéral du tuber, dont les grandes cellules joueraient un rôle dans l'élimination de la chaleur, tandis que les cellules postérieures du noyau tubéro-mamillaire et probablement les petites cellules du noyau paraventriculaire serviraient à la production et à la conservation de la chaleur.

Il est bien vraisemblable que la fièvre en général, quelle qu'en soit l'origine, est due à la réaction des centres infundibulotubériens, et, peut-être bulbaires, à l'apport de toxines ou de produits de désintégration de l'organisme.

B) Troubles hypo.

Chez un malade de van Bogaert, les crises de narcolepsie périodique étaient accompagnées d'hypothermie, d'oligurie, de bradycardie.

Bourneville et Noir ont signalé l'abaissement thermique dans l'hydrocéphalie chronique, à côté de nombreux troubles indiquant des ralentissements fonctionnels (génitaux, nutritifs, croissance, métabolisme).

Les crises d'hypothermie post-opératoire sont parfois plus graves chez les opérés craniens que les crises d'hyperthermie.

Syndromes sanguins

A côté des syndromes neuro-hématiques (en particulier syndrome neuroanémique), syndromes nerveux dus aux altérations du sang, nous avons essayé, avec J. Olmer, de grouper sous le nom de syndromes hémato-nerveux une série de syndromes sanguins liés aux altérations des centres nerveux. Pécher vient de leur consacrer une importante étude critique.

1° Syndromes de la série rouge. Syndromes polyglobulonerveux. — Au *point de vue expérimental*, Schulthoff et Mabel Mathie provoquent de l'hyperglobulie en injectant au lapin quelques gouttes de silice à la base du cerveau moyen. Ricitelli, à la suite des lésions du plancher du 3e ventricule, observe des signes d'activité de la moelle osseuse. Da Risi et Costa, par des piqûres des noyaux du diencéphale, déterminent dans deux cas une polyglobulie légère dans un cas une légère réticulose avec polychromatophilie.

Cannon et Izquierdo en rapprochent la polycythémie émotionnelle, peut être due, il est vrai, à la splénocontraction par excès de sécrétion d'adrénaline à la suite de facteurs psychiques.

En clinique, les états narcoleptiques s'accompagnent parfois de polyglobulie (Fritz Salus, Gunther), pouvant s'élever jusqu'à 8.800.000 dans un cas de Lhermitte et Peyre qui avait fait penser à une maladie de Vaquez occulte.

De même, les tumeurs de la région hypophysaire, en particulier celles de la poche de Rathke. Dans un cas de Guillain, Léchelle et Garcin, l'érythrémie disparut après ablation de la tumeur. Toutefois, en pareil cas, par exemple chez les acromégales (Morquio, Sabrazès, Lichwitz), on peut se demander si la polyglobulie n'est pas due à une sécrétion hypo-

physaire. On sait que l'adénome basophile de l'hypophyse, qui se développe dans la selle turcique sans comprimer l'infundibulotuber, comporte la polyglobulie parmi ses symptômes habituels.

D'autres tumeurs à retentissement diencéphalique (Lucie Frey, Lechelle, Douady et Joseph) s'accompagnent parfois d'un tableau d'érythrémie.

De même, divers syndromes infundibulotubériens : diabète insipide, syndrome adiposo-génital, etc.

Castex, frappé, dès 1928, par l'association fréquente dans l'érythrémie avec hypertension (maladie de Geïsboeck), de symptômes infundibulotubériens (comme obésité, polyurie et troubles de la stature), considère la polycythémie hypertonique comme d'origine diencéphalique.

L'encéphalographie gazeuse provoque chez les épileptiques une augmentation légère des globules rouges.

Ureehia, étudiant le cerveau des cardiaques noirs, rattache à une asystolie des centres diencéphaliques, créée par l'hypertension ventriculaire, le tableau de cyanose, polyglobulie, hypertension veineuse, céphalée, hyper ou insomnie, fièvre d'origine centrale et troubles psychiques.

Par quel mécanisme les lésions du diencéphale provoquent-elles la polyglobulie ? Les expériences de Schulthof et Mathias, d'après lesquelles la réaction polyglobulique infundibulotubérienne serait absente chez les animaux auxquels on a enlevé la rate, serait en faveur de l'intervention exclusive de cet organe. Mais l'existence d'une réaction normoblastique s'inscrit contre cette conclusion (Lhermitte). La moelle osseuse joue certainement un rôle.

Inversement, M. Castex et Ontaneda relèvent après ponction de la citerne une chute des hématies d'au moins un million, persistant souvent plus de 24 heures et attribuée à l'accumulation des hématies dans les viscères abdominaux.

Chez des animaux privés de tuber, Houssay, Roger et Orias voient les globules rouges baisser et la valeur globulaire se modifier.

Stricker rattache au système diencéphalo-hypophysaire la chloroanémie qui complique cinq cas d'acromégalie de la puberté.

Paviot et Dechaume se demandent si quelques cas d'anémie cryptogénétique ne seraient pas liés à des lésions de l'infundibulotuber, d'autant qu'ils ont constaté, ainsi que Lhermitte, Worms et Ajurriaguerra des altérations pallidales et hypothalamiques dans l'anémie de Biermer.

2° Syndromes de la série blanche. Syndromes leucocytonerveux. — *Chez l'animal*, la piqûre électrique de l'hypothalamus détermine une leucocytose neutrophile (Rosenow), une hyperleucocytose s'élevant jusqu'à 25.000 avec neutrophilie, lymphocytopénie et hypoéosinophilie (Da Rin et Costa). De petites blessures du diencéphale s'accompagnent chez le chien d'une augmentation du nombre des globules blancs (jusqu'à 12 ou 15.000) pouvant persister 1 à 5 mois. Cette leucocytose est indépendante de toute suppuration et de toute fièvre (Urra et Baena).

Pour Freund et Grafe, la leucocytose avec neutrophilie, qui accompagne la fièvre par injection de protéines bacillaires disparaît par section de la moelle cervicale et dépend des centres végétatifs supérieurs.

Chez l'homme, Regia, Tomesco et Roman soulignent la constance d'une crise hémoleucocytaire après ponction lombaire, Castex après la ponction de la citerne, Ginsberg et Helmeyer après la ponction ventriculaire.

Hoff, au cours de la ventriculographie, constate une leucocytose polynucléaire avec déviation à gauche de la formule d'Arneth, diminution des éosinophiles et lymphocytes.

Diverses affections de la région infundibulotubérienne s'accompagnent de leucocytose allant jusqu'à 10 et 15.000 : tumeurs de l'hypophyse (Baserga), du 3ᵉ ventricule (Hœgner, Laruelle), syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques (Da Rin et Costa, Reinhardt). Il s'agit, le plus souvent, de leucocytose neutrophile. Fritz Salus, cependant, sur cinq cas de polyglobulie diencéphalique, a observé trois fois une réaction éosinophilique.

Chez un malade de Gjony et Schrœder, une hépatosplénomégalie fébrile avec signes neurologiques fait porter le diagnostic de leucémie aleucémique en raison d'une myélocytose de 10 % qui disparaît après traitement radiothérapique. Plus tard, apparaissent les signes d'une maladie de Wilson et l'autopsie confirme le diagnostic de dégénérescence hépatolenticulaire.

Au cours de la crise d'épilepsie, on rencontre une leucocytose passagère (de type polynucléaire pour Wirth, de type mononucléaire pour Bossard), que Hoff rattache à l'excitation du mésocéphale, comme d'ailleurs celle qu'on constate dans le délirium tremens. Pour Bouchez et Hustin, il n'y aurait d'augmentation des globules blancs qu'à la fin du paroxysme, coïncidant avec la vasodilatation, tandis qu'à la phase vasoconstrictive du début il y aurait leucopénie.

Pour Van Valkenburg, la commotion cérébrale entraînerait pendant quelques jours, une leucocytose oscillant entre 12 et 30.000, à type polynucléaire (82 %), avec lymphopénie (1 à 10 %), qui serait liée à l'atteinte des centres régulateurs périventriculaires et serait un signe précieux de commotion.

La disparition des granulations peroxydasiques des polynucléaires (avec augmentation des oxydases), donnée par Sato et Yoshi comme pathognomonique des lésions striées, en particulier encéphaliques (Leharkull et Siarmel, Calzaverra Gino) n'a pas été retrouvée par Mascher Valdémar, par Menozzi Guidi, par Berlucchi.

De la leucopénie a été remarquée par Morquio dans trois cas de syndrome infundibulotubérien avec hyperglobulie.

(*A suivre.*)

ACTUALITÉS

HYPERCAROTINEMIE ET COLORATION CUTANEE

par M. Remy Levent

Les restrictions ont, avant tout, raréfié certains constituants de la ration alimentaire ; accessoirement, pourtant, du fait de la recherche de suppléances, ils ont rendu abondants et quotidiens des aliments moins habituels.

C'est la raison de la recrudescence actuelle du pseudo-ictère carotinémique depuis longtemps décrit, mais que les circonstances actuelles ont fait mieux connaître dans son aspect et son mécanisme.

Dès 1880, Carry et Besnier avaient, sans en découvrir la cause, décrit une xanthodermie généralisée absolument semblable ; en 1904, von Noorden voit, chez le diabétique, une coloration palmo-plantaire semblable ; en 1914, Marcel Labbé et Meaux Saint-Marc, également, qui en rapprochent les xanthodermies généralisées. Siredey mentionne à ce moment la contingence du diabète. L'excès dans le sang et dans les urines d'un lipochrome, sans rapport avec les pigments biliaires, est reconnu comme la cause de cette coloration.

En 1919, Hess et Myers, par l'observation et l'expérimentation identifient ce lipochrome avec le carotène et montrent l'importance de l'alimentation.

En tous pays, et notamment au Japon, on a depuis lors saisi toutes les occasions d'étudier ces colorations ; on a étudié le carotène, sa provenance, confirmé son rôle, reconnu la contingence du diabète et l'importance d'un terrain spécial, encore mal défini, mais où le trouble du métabolisme des lipides semble un élément important. Nous ne pouvons même mentionner ici les cas publiés mais devons noter qu'en ces derniers mois ils semblent plus nombreux (1) et que les constatations et les suppositions antérieures sont dans l'ensemble confirmées.

Aspect clinique. — Un caractère cardinal de la coloration par hypercarotinémie est l'absence de tout signe fonctionnel ou général concomitant. En dehors des caractères humoraux tout consiste dans la coloration cutanée. Celle-ci est le plus souvent localisée ; plus rarement (2 fois sur 6) elle se généralise mais, même dans ces cas, se limite au revêtement cutané (2) ; les muqueuses, la conjonctive sont, sauf exception rarissime, entièrement respectées.

La coloration est jaune avec quelques variations de nuance ou de reflet ; le plus souvent c'est le jaune d'or (de la patte de l'oie [Savy, Vachon, Vincent]), d'autres fois le reflet jaune orangé ou orangé est plus marqué ; plus rarement, c'est un jaune ocre ou un jaune chamois. Ces reflets se distinguent en général aisément des reflets verts ou bruns de l'ictère ou de la coloration chamois du xanthélasma.

En aucun cas il ne s'y associe de prurit, de desquamation ni de pigmentation résiduelle.

Habituellement on a affaire à une pigmentation localisée ; c'est la paume des mains et la plante des pieds qui sont seuls teintés, comme d'une souillure indélébile que le malade lui-même ne remarque pas toujours (xanthosis, xanthodermie, xanthochromie palmo-plantaires). L'intégrité des téguments est complète. Dans certains cas il y a une légère tendance à la diffusion : reflet jaunâtre discret à la face dorsale des mains, aux ailes du nez ou au front.

Plus rarement, la coloration se généralise à toute la surface cutanée tout en prédominant aux paumes et aux plantes et aussi en des zones à circulation ralentie : extrémités, régions prérotuliennes, olécrânes. Cette xanthochromie généralisée a pu être confondue avec l'ictère mais les muqueuses et les conjonctives sont normales. Les selles ont leur couleur normale. Les urines contiennent un peu d'urobiline mais pas de bilirubine.

Le syndrome humoral est particulier : tendance à l'hyperglobulie sanguine ; coloration orangée du sérum avec une cholémie normale. Elévation portant sur le taux du carotène (3 milligrammes par litre au lieu de 0,3 à 0,6) qu'on décèle par la réaction de Carr et Price au trichlorure d'antimoine ou celle de Rosenheim. Augmentation des protides totaux (86 gr. par litre au lieu de 68), du rapport sérine-globuline (2,4 au lieu de 1,6), des lipides totaux (10 gr. par litre au lieu de 5 à 6), du cholestérol (2 gr. 3 à 2 gr. 10 au lieu de 1 gr. 5 à 1 gr. 7). La glycémie demeure normale.

Dans certains cas, enfin, on a observé l'abaissement du métabolisme basal avec des variations assez parallèles à celles de la carotinémie.

En dehors des signes d'une affection en évolution (diabète, cirrhose hépatique) on ne trouve guère que de petits signes d'insuffisance hépatique dont l'inconstance ne permet pas à coup sûr d'en faire des indices de terrain ou des signes contingents.

L'évolution, de la plus grande bénignité, varie selon les cas et se fait, semble-t-il, parallèlement à celle du trouble causal. Dans les cas récents, la rectification du régime a en général fait disparaître des troubles dont on peut penser qu'un retour au déséquilibre alimentaire les fera reparaître.

(1) Cf. notamment Société Médicale des Hôpitaux de Paris, mai et juin 1942.

(2) Cf. Barthélemy, *Gazette des Hôpitaux*, 9 mai 1925, et plus récemment, *Concours Médical*, 10 août 1942.

Le diagnostic est habituellement aisé à condition que l'existence de colorations carotinémiques soit connue du clinicien ; l'absence de symptômes autres que la coloration cutanée attirera forcément son attention même si la xanthochromie est généralisée.

C'est évidemment aux ictères que l'on pensera tout d'abord : ictères hémolytiques, ictères picriqués ; l'examen des muqueuses, des selles, des urines, des humeurs aiguillera bien vite dans le bon sens ; l'enquête étiologique fera le reste.

On a pu parfois hésiter avec une coloration addisonnienne, l'hésitation est exceptionnelle.

Avec la coloration localisée le xanthélasma ne sera confondu, en dépit de sa nuance différente, que si cette coloration est de siège exceptionnel.

Il faut mentionner enfin les cas légers de maladie de Meleda avec hyperkératose palmo-plantaire modérée où la couche cornée épaisse a une coloration jaune.

Les conclusions anciennes touchant l'étiologie de l'hypercarotinémie ont été confirmées par les observations récentes.

Il est des causes accessoires qui méritent de garder leur place ; le diabète en premier lieu (Besnier, von Noorden, Marcel Labbé), mais uniquement des diabètes sévères avec dénutrition et viclation du métabolisme non seulement des hydrocarbones mais des graisses. Le diabète n'est cependant pas un facteur nécessaire (Siredey).

De même d'autres affections sont, parfois et seulement, concomitantes et favorisantes : tuberculose (Pissavy et Monceaux), peut-être à cause du trouble des fonctions pulmonaires, fièvre typhoïde, néoplasies diverses ; de même les affections hépatiques : cirrhoses.

La cause principale, constante, est l'ingestion excessive ou exclusive, d'aliments riches en carotène. La liste en est depuis longtemps établie et la voyante la plus extra-lucide n'aurait pu mieux annoncer la « carte » de nos festins d'aujourd'hui.

Au premier rang vient la carotte, soupçonnée par M. Labbé (1914), convaincue par Hess et Myers (1919), puis la courge et le potiron. Les méfaits de l'orange sont certains mais exceptionnels en ces derniers temps. Plus importants en pratique sont les légumes verts, richesse de nos marchés d'aujourd'hui : bettes, betteraves, céleri, épinards, salades diverses, feuille de radis, parvenue d'hier, poireau, tomates, oseille, choux, sans oublier le pois, le haricot vert, la pomme de terre et l'abricot.

A ceci doit s'ajouter une correction : « ne fait pas de xanthochromie qui veut » (M. Labbé). Il y faut un terrain spécial, mal connu d'ailleurs. L'insuffisance hépatique en est un élément, l'insuffisance thyroïdienne dont témoigne l'abaissement du métabolisme basal, également (Savy, Jeune et Ledru) et sans doute d'autres encore qui influent sur le métabolisme des lipides.

Il est certain aussi que la carence ou au moins un déséquilibre dans l'alimentation est nécessaire. Toujours, en effet, il s'agit de végétariens quasi-exclusifs volontaires, ou forcés ; les faits récents ont confirmé les notions anciennes.

Le carotène est un pigment azoté du groupe des lipochromes, très abondant dans les végétaux, isolé par Wackenröder en 1826, étudié par Vauquelin puis par Arnaud. Le carotène β, seul intéressant en physiologie, est très aisément oxydé, notamment au niveau du foie et donne naissance à deux molécules de vitamine A (Steenbock 1920). C'est donc la provitamine A qui a son action propre sur l'organisme et favorise la croissance et l'hématopoïèse.

Très soluble dans les graisses, il est avec elles absorbé dans l'intestin et les accompagne par voie lymphatique jusque dans la petite circulation et le poumon. Il y est détruit en partie par oxydation et en partie transformé en vitamine A qui se fixe sur les graisses du poumon. Le reste parvient au foie, y subit l'action de la caroténase et devient vitamine A qui est emmagasinée (Karrer). Une partie moindre du carotène va se fixer dans les graisses et le cortex surrénal.

L'élimination à l'état normal semble se faire par la peau et par l'intestin qui n'avait absorbé, d'ailleurs, qu'une partie du carotène ingéré, l'abondance des sels biliaires et la teneur des aliments en lipides semblant jouer un rôle régulateur. La proportion relative des vitamines de l'alimentation semble aussi avoir une importance.

On connaît d'autre part l'antagonisme entre la vitamine A et la sécrétion thyroïdienne ; l'hypothyroïdisme freinant la transformation du carotène en vitamine.

L'ajustement de ces notions permet une explication sans doute imparfaite mais logique de l'hypercarotinémie et de la coloration cutanée.

Un régime alimentaire déséquilibré, carencé en protides et en graisses, trop riche en carotène, en fournit un excès à un organisme mal équilibré lui aussi où l'hypothyroïdisme, une légère insuffisance hépatique, une insuffisance pulmonaire existent ensemble ou séparément. Il peut donc se produire séparément ou à la fois absorption excessive, destruction insuffisante au poumon, fixation et transformation incomplète dans le foie. Le carotène libre en excès colore le sérum. L'élimination par la peau ne suffisant pas aux besoins, cette dernière est teintée par le carotène retenu.

Dans la viclation du métabolisme des lipides intervient non seulement le trouble hépatique mais le trouble thyroïdien que décèle l'abaissement du M. B.

Tels sont les caractères qu'on peut, en attendant d'en compléter le nombre, reconnaître comme constituants du terrain prédisposé à l'hypercarotinémie et à la xanthodermie.

Le pronostic de l'hypercarotinémie et de la xanthochromie est essentiellement bénin quelle qu'en soit l'ancienneté. Une seule réserve s'impose touchant le terrain où ces troubles apparaissent. C'est surtout au foie qu'on devra veiller, encore ne semble-t-il y avoir que des troubles très légers échappant aux modes d'exploration habituels. Aussi peut-on concevoir, selon l'ingénieuse proposition de Barthélemy, la possibilité, en dosant la carotinémie provoquée, de dépister des dysfonctions hépatiques particulièrement légères. Il faut cependant que se précisent auparavant les autres constituants du terrain.

Le traitement est avant tout — préventif ou curatif — dans les modifications du régime : moins de légumes riches en carotène ; plus de protides et de graisses. Dans tous les cas récents le résultat a été constant. Certains auteurs ont ajouté la thyroxine ou les rayons U. V. ; traitements exceptionnels mais qui ont été efficaces et ont modifié simultanément le M. B.

Il semble cependant qu'au temps présent ce ne soient là que des adjuvants et que le principal est de remettre l'alimentation dans un juste équilibre — le principal mais non le plus simple.

P.-S. — Parmi les hypothèses récentes en matière étiologique mentionnons celle qui peut être faite (1) à l'occasion d'un cas de xanthome papuleux diffus avec absence constatée de la lipase normalement présente dans le sérum sanguin (Casezza et Pellegrini). Le fait que cette absence est constatée pour la première fois nécessite des recherches poussées plus loin. Colarusso a mis avec raison en lumière l'importance des carotinoïdes et du lipochrome dans la régulation du métabolisme des graisses ainsi que les rapports éventuels entre la xanthomatose et une forme particulière d'hypervitaminose A.

Cf. C. Frugoni (de Rome). *Wiener Med. Woch.*, n° 39, 26 septembre 1942, page 715.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 6 octobre 1942

M. le Président annonce les décès de MM. Gaudier, Tournade et Lannois, correspondants nationaux.

Notice. — M. Sacquepée lit une notice nécrologique sur M. Lemoine.

Rapports. — M. Tanon lit un rapport au nom de la *Commission des Poussières :*

La Commission, réunie pendant les vacances, a reconnu que dans les circonstances actuelles l'interdiction de secouer ou de battre des tapis, linges, etc., par les fenêtres était difficilement applicable étant donné le manque d'électricité pour les aspirateurs et l'impossibilité de se procurer d'autres appareils mécaniques. Il faut donc en revenir au brossage sur place.

Voici d'ailleurs ses conclusions :

« La Commission après avoir examiné et discuté les conditions du battage des tapis par les fenêtres, considère qu'il est nécessaire avant tout de faire ressortir devant le public les inconvénients de cette pratique préjudiciable à la santé publique en cas d'épidémie et en demande l'interdiction. Elle conseille en attendant l'emploi des brosses à tapis, qui, tout en soulevant des poussières dans les pièces, ne les font pas retomber sur les étages inférieurs, comme le fait le battage ou le secouage par les fenêtres, sans se dissimuler qu'actuellement ces procédés sont difficilement applicables.

Elle considère que pour le moment, les prescriptions du règlement sanitaire départemental (art. 82) qui interdit le battage en dehors des lieux et heures réglementaires, sont suffisantes si l'autorité veille à leur stricte application. »

Après discussion, ces conclusions ont été adoptées avec l'amendement suivant de M. Jules Renault :

« Il est interdit de jeter par les fenêtres, dans les rues et les courettes intérieures d'immeubles, quelque objet que ce soit, ainsi que de secouer tapis, linge, chiffons, objets de literie, brosses, balais, torchons. »

L'amaigrissement actuel. — M. Noël Fiessinger, après avoir signalé l'existence, surtout chez l'homme, moins constant chez la femme, et étudié les caractères cliniques de l'amaigrissement actuel qui peut atteindre chez certains sujets des taux de 20 à 30 kilos, et même chez certains obèses 50 kilos, montre que cet amaigrissement peut exister malgré une alimentation normale en protides, lipides et vitamines, dans certains cas, et malgré l'absence de surmenage physique anormal, dans d'autres. Il résulte d'une cause commune qui s'impose de la même façon à la collectivité tout entière. Cette cause vient du pain. Pour le Français, le pain constitue la base de l'alimentation. Or, le pain a perdu par le blutage 26 % de sa charge en hydrates de carbone, et, sans tenir compte de l'abaissement considérable du pourcentage en farine de froment, il suffit d'ajouter à cette déperdition en qualité, la diminution en quantité du rationnement pour constater que ce qui manque en hydrates de carbone chaque jour au travailleur de force atteint le chiffre approximatif d'un kilo cinq cents grammes de pommes de terre. Il est difficile de combler un pareil déficit avec les autres hydrates de carbone de l'alimentation. L'auteur insiste sur le danger qui en découle, l'amaigrissement, engendrant une anergie, diminue la résistance aux infections en général et à la tuberculose en particulier. C'est une des raisons qui explique l'extension des tuberculoses aiguës chez les sujets âgés.

Véganine



Grippe, algies,
otites, névrites,
soins dentaires

LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A. - M. Guéroult, Docteur en Pharmacie - SURESNES (Seine)

Granules CATILLON **STROPHANTUS**

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.

Granules de CATILLON à 0,0001 **STROPHANTINE** CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine " Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

BOLDINE HOUDÉ

GRANULES TITRÉS A 1 milligramme — 3 à 6 par jour

ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE



Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

LAXATIF DOUX

MUCINUM

1 à 2 comprimés par jour

" INNOTHERA " - ARCUEIL (Seine)

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DU ROCHER

(SYMPTOMES ET EVOLUTION)

La plus fréquente des fractures de la base du crâne c'est une fracture presque toujours irradiée de la voûte à la base, ouverte, lésant des organes sensoriels et nerveux contenus dans la pyramide perteuse.

Aussi elle a un triple pronostic :

Immédiat par les désordres encéphalo-méningés ;

Secondaire par l'infection ;

Tardif par les séquelles.

I. — *SYMPTOMES*

A. — Aspect du blessé.

Il s'agit d'un blessé qui, après un traumatisme cranien, est amené dans le coma complet ou dans un état d'obnubilation plus ou moins accentué.

De toute façon, il faut :

— Garder tout traumatisé du crâne ;

— S'enquérir :

Du temps écoulé depuis l'accident ;

Des traits symptomatiques essentiels depuis cet accident : perte de connaissance immédiate ou secondaire, agitation, etc. ;

— Rechercher systématiquement des signes de fracture.

B. — Examen.

1° La fracture de la voûte :

a) Est parfois évidente : plaie de la région temporo-pariétale laissant voir une fissure ;

b) Mais souvent risque de passer inaperçue (simple hématome, simple douleur localisée) ;

c) De toute façon, rechercher :

Une irradiation à la base ;

Les signes immédiats de la fracture du rocher.

2° La fracture du rocher.

a) *Otorragie :*

α) Valeur :

— Signe capital : le plus fréquent, il oriente de suite le diagnostic ;

— Mais deux causes d'erreur :

C'est le sang de voisinage qui souille la conque ;

Le sang, si le tympan est intact, s'écoule par la trompe : aussi examiner le pharynx.

β) Caractères, l'otorragie est :

Immédiate, abondante, prolongée, intermittente.

b) *Ecoulement de liquide céphalo-rachidien :*

α) Signe très rare, difficile à identifier ;

β) Se confond avec l'otorragie qu'il contribue à rendre plus abondante.

c) *Paralysies* du côté traumatisé ;

α) Surtout VII périphérique ;

Inconstante (fracture perpendiculaire à l'axe ou oblique ;

Parfois malaisée à découvrir : manœuvre de Foix.

β) Parfois du VI : strabisme interne.

γ) Cette paralysie immédiate a un double intérêt :

Elle affirme la fracture du rocher ;

Elle affirme la section du nerf : elle sera définitive.

C. — Conclusion.

1° Diagnostique.

Le diagnostic est basé sur le trauma, le coma, l'otorragie et la paralysie **faciale.**

2° Thérapeutique.

a) Traiter le shock ;

b) Antisepsie minutieuse du nez et des oreilles ;

c) Glace sur la tête ;

d) Surveiller les bases pulmonaires, l'intestin ;

e) Antisepsie méningée : sérothérapie et chimiothérapie (sulfamides).

3° Pronostique : établir le bilan des lésions encéphalo-méningées.

a) C'est l'évolution surtout qui le permet ;

b) Aussi surveiller de près le blessé, c'est essentiel ;

Apprécier la profondeur et la prolongation du coma ;

Faire un examen neurologique portant sur : Babinski, réflexes, motricité, les pupilles ;

Prendre le pouls toutes les deux heures, la température, la respiration, la T. A. ;

Préciser l'état des consciences réfléchies, automatiques et instinctives (particulièrement les bruits de la déglutition) ;

Noter s'il existe de l'agitation, des vomissements.

c) Quant à la ponction lombaire

Son opportunité est discutée et si on la fait certaines précautions sont nécessaires :

Pas trop précoce ;

En position couchée ;

En mesurant la tension initiale au Claude.

II. — *EVOLUTION*

A. — Formes bénignes.

1° Aspect du blessé.

a) Nette amélioration le 2e jour ;

α) Réapparition de la conscience ;

β) Mais céphalée souvent encore vive.

b) Aucun souvenir des circonstances de l'accident.

2° Examen.

Va préciser les signes tardifs de la fracture du rocher.

a) *L'otorragie* est diluée puis remplacée par l'écoulement de L. C. R. ;

b) *L'ecchymose mastoïdienne*

Apparue vers le 3e ou 4e jour est un signe rétrospectif excellent de fracture du rocher ;

c) *Les paralysies* (VII périphérique surtout) sont plus faciles à mettre en évidence ;

Surtout préciser si elles sont :

Immédiates, totales, par section, donc définitives ;

Secondaires, souvent incomplètes, par hématome ou névrite, donc curables ;

d) *Les troubles sensoriels* sont encore bien difficiles à préciser ;

e) *La radiographie du crâne*

Position de Steinsers et surtout stéréoradiographie ;

Peut mettre en évidence le trait de fracture.

3° Conduite a tenir.

a) Continuer :

α) Le traitement : antisepsie, bases pulmonaires, état intestinal ;

β) La surveillance de près du blessé.

b) Car des accidents retardés sont possibles.

B. — Formes très graves d'emblée.

1° Il s'agit de contusion cérébrale sévère ;

2° Cliniquement le pronostic sombre est basé sur :

Le coma prolongé et profond avec stertor ;

La mydriase bilatérale ;

Le pouls irrégulier et progressivement accéléré ;

Le clocher hyperthermique en flèche à 40°.

3° Alors :

On conçoit l'inefficacité de toute thérapeutique ;

Le blessé meurt en 24-36 heures.

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE



ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre

C. — **Formes sévères.**

1° Complications précoces.

a) *Compression cérébrale.*

α) *Typiquement* par un hématome.

Hématome extra-dural :

— Intervalle libre ;

— Accentuation progressive d'un ou de plusieurs symptômes ;

Ralentissement progressif du pouls ;

Obnubilation qui va s'accentuant ;

Troubles de la respiration.

— Signes de localisation :

Rechercher une mydriase homolatérale, des signes corticaux hétérolatéraux,

Pour guider l'intervention qui s'impose.

Hématome sous-dural :

Intervalle libre plus long ;

Reprise des symptômes par aggravation successive ;

Fréquence des signes méningés associés.

β) *Mais :*

— Diagnostic parfois très difficile ;

Intervalle libre inconstant ou masqué ;

Signes de localisation inconstants et tardifs ;

Association possible d'hématomes extra et sous-duraux ;

Autres causes possibles de compression :

— Ce qu'il faut, c'est intervenir.

b) *Autres complications* de connaissance récente.

α) *Méningite séreuse*

Qui peut donner aussi des signes de compression et de localisation.

β) *Œdème cérébral*

Se traduisant par des signes de compression, d'hypertension intra-cranienne sans signes de localisation ;

Pouvant aboutir à un syndrome de blocage du trou occipital avec :

Signes d'hypertension intracranienne (céphalée, vomissements, ralentissement du pouls, hypertension artérielle) ;

A la ponction lombaire ;

Tension normale du L. C. R. ;

Manœuvre de Queckensted négative ;

La soustraction du L. C. R. ne fait pas baisser la tension artérielle.

De tels cas sont justiciables de l'opération d'Ody.

γ) *Autres troubles vaso-moteurs :*

— Syndrome d'hypertension intra-cranienne justiciable de :

P. L. ni trop abondante, ni trop répétée ;

Sérum hypertonique ;

Sulfate de magnésie intraveineux.

— Syndrome d'hypotension

Justiciable d'injections :

D'eau distillée intraveineuse ;

De sérum physiologique sous la peau.

c) *Conclusion.*

α) Le diagnostic de ces complications est souvent très difficile.

β) Et il faut se baser pour les indications thérapeutiques sur :

L'examen clinique et en particulier la surveillance répétée du blessé est indispensable.

Certains examens complémentaires :

La ponction lombaire avec la manœuvre de Queckensted, mais certains la déconseillent vivement du moins à un stade précoce ;

La pratique de 6 trous de trépan, qui peut montrer :

Du sang : hématome extra-dural ;

Une dure-mère tendue, bleutée, ne battant pas : hématome sous-dural ;

Une dure-mère intacte, l'inciser ;

Une bulle claire : méningite séreuse ;

Le cerveau saille : œdème cérébral ;

Le cerveau est à distance : collapsus.

La ponction ventriculaire peut aussi donner d'utiles renseignements :

2 cavités affaissées : hématomes bilatéraux ou œdème cérébral généralisé ;

1 ventricule dilaté, l'autre effacé : méningite séreuse ou hématome ;

2 ventricules dilatés : blocage.

2° Complications secondaires.

a) *Mécaniques.*

α) Hypotension intra-cranienne par excès de P. L. ;

β) Hypertension intra-cranienne par :

Hématomes tardifs,

Soit extra-duraux ;

Soit sous-duraux, plus fréquents à ce stade.

Œdème cérébral.

b) *Infectieuses :*

α) *Otite ;*

β) *Thrombo-phlébite* du sinus latéral ;

γ) *Méningo-encéphalite diffuse ;*

C'est la complication appartenant en propre à la fracture du rocher, fracture ouverte, mais elle ne semble pas aussi fréquente qu'il est classique de le dire.

Cliniquement :

Elle apparaît du 3e au 6e jour ;

Passe par deux phases :

D'excitation avec hyperthermie, raideurs, céphalée, Kernig, convulsions et à la P. L. un liquide louche avec polys altérés, strepto ou staphylo ;

De dépression avec paralysies et troubles sphinctériens ;

Se termine rapidement par la mort.

Il faut là différencier de la méningite aseptique où le liquide peut être louche mais est aseptique avec polys intacts.

3° Complications tardives.

a) *Complications.*

α) Sont exceptionnelles : à partir du 15e jour, le blessé est hors de danger ;

β) Citer cependant : ostéite du rocher, abcès du cerveau, hématome retardé, apoplexie traumatique tardive.

b) *Séquelles :*

Fréquentes, dont on pourra alors, aidé du spécialiste, établir le bilan exact.

α) *Les unes appartiennent en propre à la fracture du rocher :*

Les paralysies du VII, du VI ;

La surdité unilatérale que les épreuves de Rinne et Weber localisent à l'appareil de transmission ou de réception ;

Les troubles de l'équilibre.

β) *D'autres appartiennent au trauma cranio-cérébral.*

Surtout syndrome post-commotionnel tardif avec céphalée, vertiges, déficit intellectuel et diminution de mémoire, troubles psychiques ;

Rarement épilepsie traumatique.

III. — *FORMES CLINIQUES.*

A. — **Formes symptomatiques.**

1° Formes graves immédiatement par contusion cérébrale ;

2° Formes légères :

a) Succède en général à un trauma léger sans plaie ;

b) Examiner toujours systématiquement :

La face et les yeux : paralysies ;

L'oreille : tympan bleuâtre ;

Le pharynx : épistaxis tubaire déglutie ;

c) Car facilement méconnues, ces fractures peuvent entraîner :

Des complications pouvant nécessiter une intervention ;

Des séquelles qu'il ne faut pas dire simulées.

LA 9ME ÉDITION
DU
FORMULAIRE ASTIER [1942]
Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**
Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)
◆
En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.
◆
Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00

B. — Formes anatomiques.

1° Fracture parallèle a l'axe :

a) Choc temporo-pariétal ;

b) Brise l'oreille moyenne mais laisse indemne l'oreille interne et le canal de Fallope ;

c) D'où : otorragie abondante, pas de paralysie faciale immédiate, séquelles minimes.

2° Fracture perpendiculaire a l'axe.

a) Choc occipital ;

b) Brise l'oreille interne et le canal de Fallope ;

c) D'où : otorragie minime, paralysie faciale immédiate, séquelles graves.

3° Fracture oblique.

Idem mais brise en plus les cellules mastoïdiennes ;

4° Fractures parcellaires.

a) De la pointe avec paralysie du VI ;

b) De la mastoïde, de la cavité glénoïde.

5° Fractures propagées :

a) A l'étage antérieur avec épistaxis, ecchymose sous-conjonctivale ;

b) A l'étage postérieur ;

c) Aux trois étages ou paramédiaire de Quénu.

C. — Fracture de l'enfant.

Rare.

Pronostic moins grave (l'hyperthermie n'a pas ici la même valeur).

Rouget.

Ordre des Médecins

Conseil départemental de la Seine

Insuline. — La direction régionale de la Santé communique ce qui suit :

L'insuline ne devant être prochainement délivrée que sur présentation de bons, les diabétiques soumis à l'insuline, devront faire parvenir d'urgence au Centre Répartiteur de l'Insuline de la Région Parisienne, Hôpital Saint-Antoine, rue du Faubourg-Saint-Antoine, n° 184, une demande succincte indiquant leur nom et leur adresse. Il sera inutile d'y annexer aucun certificat médical, un questionnaire devant être adressé par retour du courrier.

Pour permettre cet envoi, les malades sont priés de joindre à leur demande une enveloppe timbrée de format commercial ordinaire, portant en suscription leur nom et leur adresse.

La date à laquelle la délivrance de l'insuline sera soumise à la réglementation sera ultérieurement indiquée. Jusqu'à cette date, la vente reste libre.

***

Honoraires. — Dans sa séance du 23 juillet 1942, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a décidé de fixer les honoraires minima des médecins aux taux suivants à partir du 1er octobre 1942 :

Consultation, 40 francs, soit par rapport au 1er janvier 1938 une augmentation de 33 %.

Visite à domicile, 50 francs, soit par rapport au 1er janvier 1938 une augmentation de 42 %.

Chiffre clé pour les actes de pratique médicale courante (ancienne nomenclature nationale), 25 francs, soit par rapport au 1er janvier 1938 aucune augmentation.

Accouchement, 1.250 francs, soit par rapport au 1er janvier 1938 une augmentation de 25 %.

Chiffre clé des actes de chirurgie et de spécialités (ancienne nomenclature nationale), 25 francs, soit par rapport au 1er janvier 1938 une augmentation de 25 %.

En exécution des dispositions de l'article 4, paragraphe I de la convention signée le 27 avril 1942 avec l'Union des Caisses, cette décision a été portée à la connaissance de cette dernière.

***

Stage d'information pour les médecins-inspecteurs, assistantes scolaires et professeurs d'E. P. de la Ville de Paris et de la Seine. — Quelques conférences suivies de démonstrations pratiques seront organisées en accord entre le Commissariat Général aux Sports, l'Association des Médecins-Inspecteurs des écoles primaires de la Seine, le Conseil Départemental de l'Ordre, les vendredi 2 octobre, samedi 3 octobre et vendredi 9 octobre au Gymnase Huyghens (rue Huyghens) à l'intention des médecins-contrôleurs des Etablissements d'Enseignement Primaire et Secondaire, des professeurs d'éducation physique et des assistantes d'Hygiène scolaire de la Seine.

Les médecins des établissements libres et tous les confrères que ces questions intéressent sont invités à assister à ces réunions.

Le programme sera le suivant :

Vendredi 2 (9 heures). — Mme le Dr Houdre : Exposé des insuffisances, déformations et déficiences. Classification.

Cette conférence plus spécialement destinée aux médecins sera suivie d'une démonstration pratique.

Le reste de la journée sera consacré à des conférences et exercices pratiques s'adressant plus spécialement aux professeurs d'éducation physique dont le programme et l'horaire seront affichés le matin au Gymnase Huyghens.

Samedi 3 (9 heures). — Aspects de la gymnastique de réadaptation. Différentes techniques : gymnastique d'assouplissement, de développement, gymnastique expressément corrective.

Le reste de la journée : Conférences et exercices pratiques.

Vendredi 9 (9 heures). — Mme le Dr Houdre : Gymnastique corrective pour les enfants déficients.

M. Barnier : Exposé des exercices analytiques et synthétiques proposés pour chaque cas (insuffisances thoracique, respiratoire, dorsale, lombaire, abdominale, attitudes scoliotiques).

Cette conférence plus spécialement destinée aux médecins sera suivie d'une démonstration pratique.

***

Bicyclettes. — Le Comité d'Organisation de l'Automobile met à la disposition du Conseil de l'Ordre de la Seine un contingent mensuel de bicyclettes.

Les confrères qui désirent s'en rendre acquéreurs doivent faire une demande au Conseil de l'Ordre de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tanerède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

LIVRES NOUVEAUX

Les métrites du col (étude anatomo-clinique, nouveaux traitements), par Pierre Durel, médecin de Saint-Lazare, avec la collaboration de Lucien Dutheil, ancien interne de Saint-Lazare et Hubert Autrand, ingénieur I. E. N. Un volume de 274 pages, avec 93 figures. Prix : 65 francs. Masson et Cie, éditeurs.

Les différentes formes de la métrite sont étudiées dans cet excellent ouvrage en fonction de l'anatomie pathologique qui prépare ainsi d'une façon logique et précise l'étude clinique et la thérapeutique : les classifications fondées sur la symptomatologie fonctionnelle sont en effet confuses, celles fondées sur l'étiologie sont pratiquement sans valeur dans les formes chroniques, où le germe responsable est rarement retrouvé. Des figures schématiques individualisent les diverses possibilités anatomo-pathologiques et cliniques et des formes nouvelles sont distinguées : cervicite érosive ponctuée, cervicite kystique miliaire, etc.

Il est impossible d'isoler la métrite du col du reste des lésions de l'appareil génital, aussi les associations lésionnelles et les complications sont-elles souvent évoquées, au double point de vue clinique et thérapeutique. Il en est de même pour les troubles endocriniens, certaines altérations du fonctionnement hypophysaire ou ovarien créant des états pathologiques bien voisins de ceux que l'on peut attribuer à l'infection.

L'étiologie et la bactériologie des métrites posent des problèmes parfois embarrassants qui méritaient un examen attentif et les éléments du diagnostic étiologique (diplocoques suspects, gono-réaction, intradermo-réaction, etc.) sont en particulier l'objet d'une étude originale importante.

Après l'analyse des différents traitements proposés pour la métrite du col, quelques cas cliniques complexes sont envisagés, ce qui permet l'étude des critères de guérison et celle des conditions particulières de l'examen et du traitement des prostituées.

Dans les ouvrages de gynécologie ou dans ceux qui s'occupent de l'infection blennoragique, la métrite du col, affection si courante et si tenace, n'a pas toujours la place que mérite son importance clinique et sociale ; l'étude personnelle que lui consacre le Dr Durel, par son texte et son illustration, la lui redonne et servira aussi bien le praticien que le spécialiste.

AGOCHOLINE

DU Dr ZIZINE

STIMULANT HÉPATIQUE & BILIAIRE

GRANULÉ

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude

LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp - PARIS (12e)



un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

OPOCERES Reconstituant Biologique général — 1 à 4 comprimés par jour

-LABORATOIRES DE L'AEROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS-8e-



Un aliment de régime

Par un procédé original le lait est intimement combiné aux éléments de la farine **diastasée** SALVY. Les nourrissons dyspeptiques tolérant mal le lait naturel accepteront aisément les bouillies homogènes obtenues par simple préparation à l'eau. Les nourrissons hypoalimentés, plus abondamment nourris avec des bouillies préparées au lait, atteindront vite un poids normal sans troubles digestifs.

Préparé par BANANIA

FARINE* LACTEE DIASTASÉE
SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets

GÉNÉSÉRINE

SÉDATIF DE L'HYPER-EXCITABILITÉ SYMPATHIQUE

L'Hypo-acidité, la dyspepsie atonique, le syndrome solaire **des estomacs paresseux**

La tachycardie — les palpitations **des cœurs nerveux**

GRANULES - GOUTTES - AMPOULES

Laboratoires AMIDO
4, Place des Vosges - PARIS
Zone libre : Laboratoires des Produits Amido - RIOM (P.-de-D.)

LAXATIF - CHOLAGOGUE - VERMIFUGE - ANTISEPTIQUE INTESTINAL

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS DOSÉS { *à un milligramme, à un quart et à un demi-centigramme* / *à un, deux et cinq centigrammes*

MÉDICAMENT de CHOIX en MÉDECINE INFANTILE

LABORATOIRES VICARIO, 17, Bd HAUSSMANN - PARIS (9e)

AMPOULES DE
2 centic.
5 centic.
10 centic.

CALCIUM
POUR INJECTIONS ENDOVEINEUSES
ET INTRAMUSCULAIRES INDOLORES
CORBIÈRE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %

LABORATOIRE CORBIÈRE, 27, RUE DESRENAUDES - PARIS





MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

VEINOTROPE

MÉDICATION SYNERGIQUE A BASE D'EXTRAITS OPOTHÉRAPIQUES

3 FORMES
COMPRIMÉS M. F. et POUDRE

Laboratoires LOBICA, 25, rue Jasmin - PARIS (16e)

HORMONES

N° 33. — 1er NOVEMBRE 1942 — 115e ANNEE — Ce numéro : 5 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

A nos abonnés

Au mois d'avril dernier, à la suite de l'interruption momentanée des périodiques, nous avions annoncé la prorogation d'un mois de tous les abonnements en cours.

Notre journal n'ayant pas encore été autorisé à reprendre sa périodicité *nous avons décidé de porter à une durée de deux mois au total la prorogation annoncée.*

Nous avons pris d'autre part dès le mois d'avril diverses mesures destinées à compenser la réduction des pages : augmentation de l'espace réservé au texte par l'emploi de petits caractères, de colonnes plus hautes et plus larges que précédemment, enfin par une nouvelle répartition de la publicité.

Ces mesures nous ont permis de conserver dans son ensemble la tenue du journal. Nous voulons espérer que nos abonnés, appréciant nos efforts, nous continueront dans les difficiles circonstances actuelles leur confiance et leur fidélité.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de médecin des hôpitaux. — SOUS-ADMISSIBILITÉ. — Questions posées : Section A. Amylose rénale. Causes. Signes. Anatomie et Physiologie pathologiques. — Section B. Agranulocytoses. Section C. Symptômes diagnostic et lésions du diabète bronzé.

Concours d'assistants en chirurgie. — Sont déclarés admissibles au concours de 1942 : MM. les Drs Poilleux, 29 ; Cauchoix, 29 ; Billet, 28 ; Beuzart, 28 ; Lance, 28 ; Delinotte, 28 ; Roux, 28 ; Léger, 28 ; Nathey, 28 ; Lortat-Jacob, 28 ; Rouvillois, 28 ; Olivier, 27 ; Chevallier, 27 ; Chigot, 26 ; Gibert, 26 ; Monsaingeon, 26 ; Verne, 26 ; Monod, 25.

Concours pour deux places d'assistant d'obstétrique. — Liste du Jury par ordre de tirage au sort. Accoucheurs : MM. les Drs Desnoyers, Vignes, Cathala. Ecalle, Portes, Jeannin, Lacomme. Médecin : M. le Dr Laignel-Lavastine. Chirurgien : M. le Dr Mocquot.

Concours de l'Internat 1942 (épreuve écrite)

ANATOMIE. — *Question sortie* : N° 8. Nerf obturateur : anatomie et physiologie.

Questions restées dans l'urne : N° 1. Anatomie macroscopique et rapports de la prostate. — N° 2. Canal inguinal. — N° 3. Anatomie et physiologie de la glande sous-maxillaire sans l'histologie. — N° 4. Anatomie descriptive et rapports du muscle psoas-iliaque. — N° 5. Articulation tibio-tarsienne sans la physiologie. — N° 6. Chaîne du sympathique cervical à l'exclusion des branches de l'histologie et de la physiologie. — N° 7. Nerf grand hypoglosse à partir de son origine apparente. Anatomie et physiologie. — N° 9. Anatomie descriptive et rapports des capsules surrénales à l'exclusion de l'histologie et de la physiologie.

PATHOLOGIE MÉDICALE. — *Question sortie* : N° 3. Symptômes et traitement du tétanos (sans le diagnostic).

Questions restées dans l'urne : N° 1. Examen clinique d'un tabétique. — N° 2. Diagnostic étiologique des hématémèses. — N° 4. Symptômes et diagnostic des angines de poitrine. — N° 5. Diagnostic des hémoptysies tuberculeuses. — N° 6. — Signes et diagnostic de la poliomyélite antérieure aiguë. — N° 7. Complications respiratoires de la rougeole. — N° 8. Signes et diagnostic de la cirrhose de Laënnec. — N° 9. Symptômes et diagnostic de l'endocardite maligne à évolution lente.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — *Question sortie* : Complications de l'ulcère du duodénum.

Questions restées dans l'urne : N° 2. Evolution clinique de l'appendicite aiguë. — N° 3. Complications des kystes hydatiques du foie. — N° 4. Signes et diagnostic des cancers du côlon gauche. — N° 5. Symptômes, diagnostic et indications thérapeutiques du cancer de la langue. — N° 6. Signes et complications du mal de Pott dorso-lombaire de l'adulte. — N° 7. Diagnostic et indications thérapeutiques des plaies pénétrantes de poitrine. — N° 8. Symptômes, diagnostic et pronostic du cancer du col utérin. — N° 9. Diagnostic et indications thérapeutiques des contusions de l'abdomen.

JURY DE L'INTERNAT (RÉPARTITION EN SECTIONS). — Anatomie : MM. Aubin, président, Bernard, Degos, Seillé. — Pathologie médicale : M. le professeur Harvier, président, MM. Chabrol, Rachet, Albot. — Pathologie chirurgicale : MM. Moulonguet, président, Petit-Dutaillis, Gérard-Marchant, Varangot.

Hôpitaux de Province

Rouen. — Le CONCOURS DE L'EXTERNAT des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le 26 novembre 1942, à 16 heures 30 à l'hospice général. Inscriptions au Secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen, le 10 novembre 1942, à 18 heures au plus tard.

Facultés de Médecine

LA LOI SUR LA LIMITATION DES ÉTUDIANTS va paraître au *Journal Officiel*. La limitation jouera l'année prochaine et aura son plein effet en 1944-45.

Santé publique

Direction régionale de la Santé Publique à Paris. — La loi n° 916 du 15 octobre 1942 (*J. O.*, 20 oct. 1942) organise la direction régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris.

On sait que le Directeur de l'Assistance Publique à Paris, M. Serge Gas est chargé de la direction régionale de la Santé. La loi lui adjoint un secrétaire général qui portera le titre de « Secrétaire général de la Santé et de l'Assistance à Paris ».

M. le Dr X. Leclainche, inspecteur général de la Santé sera le premier titulaire de ce nouveau poste.

Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. — Ont été nommés : Président, M. le Dr Jules Renault ; vice-présidents, MM. le Dr G. Brouardel et le Professeur Tanon ; Secrétaire, le Dr Briau.

Ont été nommés membres du Conseil : MM. Barthe, Boivin, Bonnet, Professeur Boulanger (Lille), Briau, Brouardel, Chrétien, Professeur Couvelaire, Dabat, Dequidt, Descomps, Dujarric de la Rivière, Fontaine, Godlewski, Guillerd, Hauduroy, Kling, Koch, Professeur Leclerc (Lille), Lemoigne, Lepape, Professeur Macheboeuf (Bordeaux), Professeur Mazel (Lyon), Professeur Mouriquand (Lyon), Robert Picrret, Prieur, Puteaux, Professeur Santenoise (Nancy), Professeur Simonnet (Alfort), Professeur Tiffeneau, G. Ramon, Professeur Verge (Alfort), Villejean.

Ont été nommés présidents de section : Première section. Eau et Assainissement, le Dr Brouardel ; Deuxième section. Epidémiologie, le Professeur Lemierre ; Troisième section. Ali-

BOLDOLAXINE

A BASE DE FEUILLES FRAICHES DE BOLDO

1 A 2 COMPRIMÉS AVANT LE REPAS DU SOIR

LABORATOIRE ÉMILE CHARPENTIER
7, rue du Bois-de-Boulogne - Paris (16e)

mentation, le Professeur Schaeffer. Quatrième section. Sérums et Vaccins. M. Tréfouel ; Cinquième section. Hygiène industrielle et Médecine du Travail, le Dr Rist.

(*J. O.*, 10 octobre 1942.)

Conseil permanent d'Hygiène Sociale. — Ont été nommés membres du Conseil : M. le Professeur Bezançon (2e section). M. le Dr Pierre Bianquis (1re section). M. le Dr Boucomont, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier (1re section). M. le Dr Brouardel, membre de l'Académie de Médecine, médecin des hôpitaux (5e section). M. le Professeur Jean Cathala, professeur à la Faculté de Médecine de Paris (1re section). M. le Dr Robert Clément, médecin des hôpitaux de Paris (1re section). M. le Dr Courcoux, membre de l'Académie de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris (2e section). M. le Professeur Cournont, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Lyon (2e section). M. le Dr Degos, médecin des hôpitaux de Paris (3e section). M. le Dr Delay, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux (5e section). M. le Dr Delore, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon (6e section). M. le Dr Derobert, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris (5e section). M. Desmars, préfet honoraire, ancien directeur de l'Assistance et de l'Hygiène (6e section). M. le Dr Douady, médecin directeur du sanatorium des étudiants de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) (2e section). M. le Professeur Duvoir, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux (5e section). M. le Dr Evrot, directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose (2e section). M. le Professeur Fabre, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Pharmacie de Paris (5e section). M. le Dr Fèvre, professeur agrégé à la Faculté de Medecine de Paris, chirurgien des hôpitaux (1re section). M. le Professeur Gaté, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon (3e section). M. le Dr Godlewski (6e section). M. le Dr Georges Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris (1re section). M. le Dr Julien Huber, médecin de l'hôpital Hérold (1re section). M. le Dr Lacassagne, directeur de l'Institut du Radium, professeur au Collège de France (4e section). M. le Professeur Roger Leroux, professeur à la Faculté de Médecine de Paris (4e section). M. le Dr Lesné, membre de l'Académie de Médecine, médecin honoraire des hôpitaux (1re section). M. le Professeur Margarot, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier (3e section). M. le Dr R. Marquezy, médecin des hôpitaux de Paris (1re section). M. le Dr André Maurer, chirurgien des hôpitaux de Paris (2e section). M. Moine, chef du service de la statistique au Comité national de défense contre la tuberculose (5e section). M. le Dr Robert Monod, chirurgien des hôpitaux de Paris (2e section). M. le professeur Pautrier, professeur à la Faculté de Médecine (3e section). M. le Dr Lucien Perin, médecin chef de Saint-Lazare (3e section). M. le Dr Peron, médecin des hôpitaux de Paris (5e section). M. le Dr Jean Ravina, accoucheur des hôpitaux (1re section). M. le Dr Rist, membre de l'Académie de Médecine, médecin honoraire des hôpitaux (2e section). M. le Dr Rongier, professeur de clinique obstétricale à l'école de médecine de Clermont (1re section). M. le Professeur Roussy, membre de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris (4e section). M. le Dr Roux-Berger, chirurgien des hôpitaux de Paris (4e section). M. le Dr Etienne Sorel, chirurgien des hôpitaux de Paris (2e section). M. le Professeur Tanon, membre de l'Académie de Médecine (6e section). M. le Dr Arthur Vernes, directeur de l'Institut prophylactique (3e section). M. le Dr Vernier, médecin chef des services antivénériens du département de Seine-et-Oise (3e section). M. Viborel, chef du service de la propagande au Comité national de défense contre la tuberculose (6e section). M. le Dr Vignes, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux (1re section).

Sont nommés, à titre de professeur de faculté : MM. les Professeurs Mouriquand (1re section), Fruhinsholz (1re section), Troisier (2e section), Leveuf (1re section), Gougerot (3e section), Santy (4e section), Strohl (4e section), Laignel-Lavastine (5e section), Parisot (6e section).

Sont nommés présidents de section :

1re section : Maternité et Enfance. M. le Dr Lesné. 2e section : Tuberculose. M. le Dr Rist, 3e section : Maladies vénériennes. M. le Professeur Gougerot ; 4e section : Cancer. M. le Professeur Roussy. 5e section : Hygiène mentale, alcoolisme et toximanie. M. le Professeur Fabre. 6e section : Propagande et Education sanitaire. M. le Professeur Parisot.

(*J. O.*, 10 octobre 1942.)

Marine

Ecole du service de Santé de la Marine. — A la suite du concours de 1942 ont été nommés élèves du service de Santé de la Marine à Montpellier :

Ligne médicale. Candidats à quatre inscriptions : MM. Rives, Becker, Rosoy, Illes, Aldebert, Blanc, Forestier, De Jaureguiberry, Grousset, Navello, Cristol, Pon, Serizier, Nicolai, Sais, Faucon, Pialoux, Bazan, Vergez, Guichenez, Le Guiffaut, Drouin, Lagrange, Mollaret, Millon, Rouvière, Marchessau, Cabanon, Tanguy, Gaillard, Armstrong, Guidicelli, Carrère, Filhastre, Malot, Pannetier, Chambry, Granotier, Bersihand, Gilbert-Desvallons, Raveleau, Laluque, Chambon, Bouchet, Claude, Goutx, Camprasse, Thebault, Pierrot, Ronfle, Micheau, Trapet, Duplan, Pauchet, Bernet, Bretonnière, Guidon, Clément, Poujol.

Candidats à huit inscriptions : MM. Vouilloux, Romanet, Parde, Conforto, Thalabard, Feraud, Sicre, Saint-André, Robin de Morhery.

Candidats à douze inscriptions : MM. Colobert, Pelissier, Isnard, Bernard, D'Ausbourg, Chassary, Heckenroth, Hervé, Morvan, Bertet, Seignard, Mathieu, Carnac, Agnese, Monestel, Dulac, Corgnet, Blandin, Fontan, Person, Loez, Ruault, Guarrigues, Lacour, Pere, Delarue, Cetol.

(*J. O.*, 11 octobre 1942.)

***

Médaille du Professeur Lereboullet. — Les Amis, Collègues et Elèves du Professeur Pierre Lereboullet ont l'intention, à l'occasion de sa cinquantième année de vie hospitalière, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur DE JAEGER, Grand Prix de Rome.

Tout souscripteur de 150 francs recevra un exemplaire de la médaille frappée. Il est également prévu des médailles en bronze (fonte cire perdue) numérotées au prix de 300 francs. Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Société de Thérapeutique. — Le secrétaire général informe ses collègues qu'en raison des restrictions de papier il sera jusqu'à nouvel ordre impossible de les avertir par convocation personnelle des séances de la Société.

Les réunions ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois, de 16 heures à 18 heures, à la Faculté de Médecine, salle Pasteur.

NOTA. — La prochaine séance est exceptionnellement reportée du 11 au 18 novembre.

Fédération des Associations amicales de Médecins du front

CÉRÉMONIE DE LA FLAMME. — C'est à la Fédération des Associations amicales de Médecins du front que revient l'honneur de raviver la flamme sous l'Arc de Triomphe le jeudi 19 novembre à 18 heures 30. Tous les médecins, les anciens comme les jeunes, qu'ils aient appartenu ou non aux corps combattants, tous les étudiants en médecine, sont instamment conviés à venir nombreux sous l'Arc de Triomphe, le 19 novembre.

Rendez-vous directement sous l'Arc.

Cours

Chaire de Bactériologie. — Le Professeur Pierre Gastinel fera son cours les lundis, mercredis et vendredis, à 17 heures, à l'Amphithéâtre Vulpian. Il le commencera le vendredi 6 novembre 1942. Sujet du cours : Les microbes pathogènes pour l'homme. Application du diagnostic au traitement et à l'étude physio-pathologique des maladies infectieuses.

Conférences de psychiatrie. — Le Dr Henri Ey, ancien chef de clinique, médecin des hôpitaux psychiatriques reprendra ses conférences d'information psychiatrique à partir du 11 novembre. Les conférences auront lieu à la Bibliothèque de l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à 10 heures 30, tous les mercredis, jusqu'au 26 mai 1943.

S'adresser au Dr Sauguet, interne des hôpitaux psychiatriques, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales (organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris).

Le 16 novembre 1942 commencera un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales à la Faculté de Médecine et à l'Institut du Radium sous la direction de MM. A. Strohl, professeur à la Faculté de Médecine, A. Lacassagne, professeur au Collège de France, Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de Médecine, et J. Belot, électroradiologiste honoraire des hôpitaux. Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend : 1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des Hôpitaux de Paris en vue du Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'electrologie médicales ; 2° Un stage de perfectionnement ultérieur, donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris (Consulter les affiches).

Renseignements

Masseur des hôpitaux, dipl. d'Etat., assurerait service régulier même chargé clin., disp., etc. S'adresser Zadri, 15, rue de la Santé. Gob. 51-87.

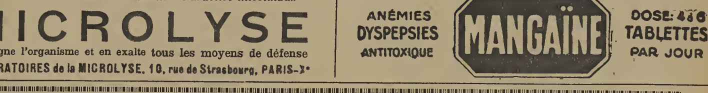
Institut catholique d'Infirmières diplômées
85, rue de Sèvres, Paris
Téléphone : LITtré 59-80

INFIRMIÈRES DIPLOMÉES
GARDES-MALADES
SAGES-FEMMES ET RELIGIEUSES

Prix : de 60 à 120 fr. par jour
Connaissances techniques supérieures
Qualités morales assurées
L'Institut n'a jamais fermé malgré la guerre

Coli-bacilloses et toutes infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-X°

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR





PHYTINE

NOM DÉPOSÉ

PHOSPHORE ORGANIQUE VEGETAL

CIBA

Tonique et
Reconstituant

CACHETS GRANULÉ COMPRIMÉS

LABORATOIRES CIBA - Dr P. DENOYEL
103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON





Extrait d'Orges germées sélectionnées

Possède une haute valeur de
NUTRITION
88 % de Maltose
2,5 % de Phosphates organiques

Facilite considérablement la
DIGESTION
par ses diastases actives

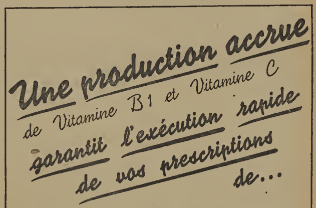
Favorise le processus de l'
ASSIMILATION
44 mg. de Vitamines B1 par 100 g. de produit (titrage obtenu par l'électrophotomètre de P. Meunier)
Fer, Manganèse, Magnésium sous forme organique.

LABORATOIRES MOSER & Cie 8, CHEMIN DE MONTBRILLANT · LYON

FLUXINE

Gouttes et Dragées





BÉVITINE

Vitamine B1 Cristallisée

TOUTES POLYNÉVRITES
NÉVRALGIES
SYNDROMES DIGESTIFS DE CARENCES
ASTHÉNIES
RÉGIMES HYDROCARBONÉS

PRÉSENTATIONS
Comprimés à 0 g. 005 (Tubes de 20)
Ampoules à 0 g. 002 (Boîtes de 5)
Ampoules à 0 g. 01 (Boîtes de 5)

VITASCORBOL

Vitamine C Cristallisée

SYNDROMES HÉMORRAGIQUES
CONVALESCENCES DES MALADIES FÉBRILES
ANÉMIES
RÉGIMES EXEMPTS DE CRUDITÉS

PRÉSENTATIONS
Comprimés à 0 g. 05 (Tubes de 20)
Ampoules de 1 et 2 cm³ (sol. à 5 %) (Btes de 10)
Ampoules de 5 cm³ (sol. à 10 %) (Btes de 3)

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPECIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON — PARIS (8e)



VIENT DE PARAITRE :
BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER
SUR NOS PRODUITS

LIPIODOL - LIPIODOL "F"
TÉNÉBRYL

DEMANDEZ LE
BULLETIN DES LABORATOIRES

ANDRÉ GUERBET & Cie
22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)

REVUE GENERALE

LES SYNDROMES INFUNDIBULOTUBÉRIENS (1)

Par Henri Roger

Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses
à la Faculté de Médecine de Marseille

Syndromes végétatifs viscéraux locaux

Syndromes circulatoires. — L'existence de centres vaso-moteurs régulateurs de la *pression sanguine* au niveau du plancher du 4e ventricule est admise depuis longtemps ; celle d'un centre hypothalamique est plus discutée.

Expérimentalement, Karplus et Kreidl observent une vaso-constriction générale avec hypertension après excitation électrique de l'hypothalamus. Pour Dresel, le centre vaso-moteur sous-thalamique régulateur de la tension artérielle serait hiérarchiquement inférieur au centre vaso-moteur du corps de Luys. Pour Leiter et Grinker, l'hypertension, provoquée par l'excitation électrique directe de l'hypothalamus, serait en relation avec les troubles convulsifs ou apnéiques concomitants, comme le montre la disparition de cette hypertension chez l'animal curarisé.

Bien des expérimentateurs modernes ont produit des troubles tensionnels par excitation de régions diverses du diencéphale : partie postérieure de l'hypothalamus (Beattie), nucleus reuniens et noyau latéral ventral (Sachs), noyau péritrigonal, champs H1 de Forel et accessoirement commissures supraoptique et périmamillaire (Ranson, Kabat et Mangoun).

En réalité, Saeger et A. van Bogaert, par injection de 4/10es de cm3 de formol ou d'ammoniaque dans la partie postérieure du plancher du 3e ventricule, déterminent une hypertension artérielle sans la moindre réaction musculaire, squelettique, tonique ou clonique et indépendante des modifications du rythme respiratoire. Mais à côté de ce centre hypertensif, il existe, tout à côté, un centre hypotensif, qui inhibe le tonus presseur bulbaire. La contiguïté anatomique de ces deux centres fait que leurs réactions, souvent déclenchées simultanément par l'excitation expérimentale, sont souvent mixtes, soit parce que cette excitation est insuffisamment localisée ou trop grossière, soit parce que les voies descendantes s'intriquent.

En *neuro-chirurgie*, Clovis-Vincent a montré la fréquence de la chute de la tension artérielle avec tendance au collapsus cardiaque dans les opérations portant sur la région hypothalamique ; il faut la prévenir par l'injection intraveineuse de sérum adrénaliné au cours de l'intervention et la combattre par des injections intraveineuses subintrantes d'adrénaline à la dose de 1/32e de milligramme.

En *clinique*, on connaît quelques cas d'hypertension artérielle, en particulier paroxystique, consécutive à des lésions de la base. Dans le cas de Trémolières, Lhermitte et Veran, l'autopsie montra une dilatation kystique bilatérale du ganglion de Gasser, dont on peut présumer le retentissement sur l'hypothalamus.

Roussy et Mosinger ont montré la fréquence des troubles vaso-moteurs dans les lésions tubériennes. Dans deux cas il existait de l'hypertension artérielle et chez l'un de leurs malades l'irradiation de la base du cerveau entraîna de l'hypertension artérielle, une élévation de l'indice oscillométrique et une modification du fonctionnement des capillaires. Tinel a insisté sur la fréquence des troubles vaso-moteurs dans l'encéphalite.

En dehors de l'hypertension artérielle, l'excitation chimique du plancher du 3e ventricule détermine une réaction orthosympathique prédominante caractérisée par de la tachycardie, une forme en clocher des ondes P et T de l'électrocardiogramme, et une réaction accessoire parasympathique, caractérisée par de la tachycardie et des troubles du rythme : bloc complet, rythme nodal, extrasystoles sporadiques ou rythmées (A. van Bogaert).

Syndromes respiratoires. — L'excitation de l'hypothalamus provoque une accélération et une plus grande amplitude de la respiration (Karplus et Kreidl, Hess). Ranson, Kabak et Mangoun obtiennent un arrêt de la respiration par la stimulation de la commissure antérieure (près de la ligne médiane) ou de la portion adjacente du septum, et une accélération du rythme respiratoire par électrisation de l'aire latérale de l'hypothalamus et de la zone péritrigonale.

Toute une série d'auteurs ont insisté sur les troubles respiratoires de l'encéphalite (Azoulay, Clovis-Vincent et Etienne Bernard, Mlle Lévy) : bradypnée, tachypnée, micropnée, pauses respiratoires, tics respiratoires, toux spasmodique. On peut en retrouver d'analogues dans les tumeurs et les abcès encéphaliques.

On connaît l'importance pronostique des troubles du rythme respiratoire dans les traumatismes craniens : ces troubles, qui étaient autrefois systématiquement rattachés au bulbe, sont parfois en rapport avec des lésions de la tige encéphalique et du diencéphale (Barré, Arnaud et Paillas). Ces traumatismes craniens se terminent fréquemment par de l'œdème aigu du poumon. Cet œdème du poumon peut être l'aboutissant de crises d'épilepsie, compliquer une encéphalite (Clovis-Vincent et Etienne Bernard, Bezançon, Et. Bernard, L. de Gennes et Delarue), une tumeur cérébrale (Euzière, Viallefont et Ratié), une inondation ventriculaire (Gernez et Marchandise). Etienne Bernard fait jouer un rôle au système nerveux central dans certains œdèmes du poumon brutaux d'origine indéterminée.

Syndromes digestifs. — L'*excitation* de la région latérale de l'hypothalamus chez le non anesthésié arrête le péristaltisme et abolit la tonicité de l'estomac et de l'intestin grêle, alors que l'excitation du thalamus, de la capsule interne, de la commissure antérieure, du septum et de l'infundibulum ne produit aucun de ces effets (Kabat, Anson, Mangoun et Ranson), ce qui est à rapprocher des effets produits par une intense émotion, dont Bard situe le centre responsable au niveau de l'hypothalamus.

Peut-être faut-il en rapprocher, en *clinique*, certains états de gastroplégie aiguë qu'on observe en particulier au cours de certaines migraines (H. Monges).

Parmi les troubles vaso-moteurs qu'on observe en *neuro-chirurgie* l'un des plus curieux est l'hématémèse de sang souvent noir, qui survient après des interventions graves ayant tiraillé la région infundibulotubérienne, hématémèse précédant souvent l'exitus. Pareille hémorragie gastrique a été observée par nous, en dehors de tout traumatisme chirurgical, dans un cas de tumeur de la base.

Il y a lieu d'indiquer ici le rôle que divers auteurs font jouer au système nerveux végétatif dans la production de l'ulcère gastrique. Mogihitzki, Burdenko ont pu déterminer des ulcères à évolution chronique par traumatisme unilatéral de la région hypothalamique. Chez les malades porteurs d'ulcères digestifs chroniques, on trouve souvent des altérations du noyau du vague et du sympathique médullaire. Laruelle, à l'autopsie d'un jeune homme mort d'hématémèse consécutive à une ulcération gastrique aiguë, a trouvé des lésions de l'hypothalamus (en particulier du noyau paraventriculaire) en même temps que de la partie postérieure de la 1re frontale (zone de Fulton) et du noyau viscérodorsal du vague.

Mentionnons, enfin, l'hypersécrétion salivaire provoquée expérimentalement par l'excitation du diencéphale et trouvée si fréquemment chez les parkinsoniens encéphalitiques.

Syndromes urinaires. — Nous avons déjà envisagé les troubles de la sécrétion rénale (polyurie, diabète insipide, oligurie, nycturie).

En ce qui concerne la vessie, rappelons que l'excitation de l'hypothalamus en provoque la contraction.

Syndromes mammaires. — L'atrophie mammaire a été constatée chez les animaux à tuber lésé, l'hypertrophie mammaire avec galactorrhée, dans le syndrome post-encéphalitique (C. I. Parhon et M. Cahane).

Syndromes endocriniens

Syndromes génitaux. — 1° *Troubles hypo :* Nous avons indiqué précédemment l'importance du syndrome adiposo-hypogénital à propos du syndrome métabolique lipidique.

Toutefois, le syndrome génital peut être indépendant du syndrome d'obésité.

L'impuissance sexuelle chez l'homme et l'aménorrhée chez la femme sont souvent les premières manifestations d'une tumeur de la région hypothalamique ou la conséquence d'une encéphalite.

Chez l'animal, la lésion infundibulotubérienne provoque, chez le chien, une apathie sexuelle en présence de chiennes en rut ; parfois l'érection se produit sans éjaculation. Chez la chienne, certaines n'ont plus de rut. En cas de grossesse, il y a avortement et on a constaté des restes ovulaires putrilagineux dans les cornes utérines. Il n'y a jamais de mise bas normale (Camus et Roussy).

La piqûre du tuber (Houssay et Giusti) provoque l'ovulation et l'expulsion des ovules. Cet effet se produit par l'intervention du lobe antérieur, car il fait défaut après hypophysectomie.

L'hypothalamus intervient sur les fonctions génitales par la régulation de la fonction gonadotrope de l'hypophyse, dont l'étude a été poussée si loin ces dernières années.

2° *Troubles hyper :* Bien connue est la précocité sexuelle de certains enfants encéphalitiques. Certains ont des véritables perversions génitales. Nous avons observé une petite parkinsonienne qui se glissait dans le lit de son père pour lui toucher les organes génitaux.

Les jeunes idiots hydrocéphales sont souvent enclins à se masturber toute la journée et donnent parfois l'impression d'éprouver un réel plaisir génital.

Le syndrome de *macrogénitosomie précoce* (syndrome de Pellizzi) est caractérisé par une avance de la puberté (vers 3 à 8 ans), apparition des règles ou accroissement de la verge et apparition des poils pubiens, augmentation de volume des testicules, éjaculation contenant du sperme, accroissement parallèle de la taille. Ce syndrome, qui avait été mis en rapport avec un pinaléome, ne se trouve, en réalité, qu'assez rarement au cours des tumeurs de l'épiphyse. Il est plus fréquent dans les tumeurs congénitales du 3e ventricule ou de son voisinage (Bailey, Heuyer, Lhermitte, de Martel et Mlle Vogt) et l'intervention des centres tubériens paraît la plus fréquente (Lhermitte). Les observations de John, de Wimmer, de Westphal, de Stern, d'Apert, montrent que l'encéphalite épidémique peut être à l'origine du syndrome de Pellizzi.

1) Fin, voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 32, 10 octobre 1942.

Syndromes thyroïdiens. — Quoiqu'une lésion expérimentale du tuber n'entraîne pas de lésion thyroïdienne, la clinique montre les relations entre certains cas de Basedow et le diencéphale : l'existence de syndromes basedowiens dans les séquelles post-encéphalitiques (Guillain et Marquezy, Alajouanine, Boudin et Maire, Roch, Dereux, ou dans les tumeurs du 3e ventricule (Risak, Linell), complications basedowiennes, extra-pyramidales ou psychiques, interprétation neurogène des signes du goitre exophtalmique, depuis l'augmentation du métabolisme basal. l'amaigrissement et la tachycardie jusqu'à l'exophtalmie et aux petits signes oculaires rapprochés de ceux du Parkinson et des affections hypothalamiques (Viallefont). Nous avons observé avec J. Boudouresques un Basedow à marche rapide consécutif à un trauma cranien.

Il est vraisemblable que l'hormone thyréotrope sécrétée par le lobe antérieur de l'hypophyse est déclenchée par l'irritation des noyaux de l'hypothalamus, à moins qu'on n'admette sa sécrétion par ces noyaux eux-mêmes.

Syndromes parathyroïdiens. — Houssay et Sanmartino ont trouvé des lésions atrophiques ou dégénératives des parathyroïdes chez 41 % des chiens à tuber lésé. L'existence de tétanie d'origine centrale neurogène plaiderait en faveur de l'intervention du tuber dans certains cas.

Syndromes osseux

La *maladie de Schuller-Christian*, qui est caractérisée par des dépôts de cholestérine dans les tissus et dans les os et qui se traduit par des images lacunaires très spéciales à la radiographie du crâne, a été rattachée à la région infundibulotubérienne à cause du diabète insipide et de l'exophtalmie qui l'accompagnent. Dans une autopsie de Charles Davison, le tuber était le siège d'une sclérose névroglique avec légère réaction inflammatoire, mais il est difficile d'établir si cette lésion était la conséquence ou la cause de la lipoïdose cellulaire à cholestérine.

Une autre affection à prédominance nerveuse, le *syndrome de Morgagni-Morel*, décelée surtout par la constatation à la radiographie du crâne d'une hyperostose frontale interne, est considérée par les uns comme d'origine hypophysaire, par les autres comme d'origine infundibulotubérienne, à cause de l'obésité, du virilisme et des troubles psychiques qui en sont les manifestations primordiales.

Syndromes neurologiques

Le rôle du système sympathique dans le tonus musculaire, les corrélations entre hypothalamus et centres moteurs extra-pyramidaux expliquent une partie de ces syndromes.

L'*épilepsie* peut avoir une origine diencéphalique.

Chez le chien, des injections de nitrate d'argent dans la région hypothalamique sont capables de déterminer des crises (Morgan) ; de même, l'injection de chlorure de potassium dans l'infundibulum (Demole) ou dans les parois du 3e ventricule (Sager et Kreindler). Chez l'animal décérébré (Sornia et Repetti), chez l'animal diencéphalique (Assuad), la crise, déclenchée par l'injection intraveineuse de substances convulsivantes comme le cardiazol, se déroule avec la même rapidité et la même intensité que chez l'animal sain.

Chez l'épileptique, Morgan trouve, dans six cas, des lésions manifestes du tuber ; Alfewski, Lafora, Spielmeyer, Choroschko, des altérations des noyaux de la base ; Thom, une dilatation des ventricules cérébraux. L'encéphalographie montra à Tyczko une asymétrie des ventricules.

La crise comitiale comporte des troubles vaso-moteurs (pâleur d'abord, cyanose ensuite) qui font songer à l'atteinte des centres végétatifs : la prostration avec stertor qui suit le paroxysme semble faire intervenir les centres du sommeil.

L'action des barbituriques, dont on connaît l'électivité pour le diencéphale, plaide en faveur de cette pathogénie.

En réalité le mécanisme de l'épilepsie est complexe. Tout en admettant la prédominance des noyaux diencéphaliques, il ne faut pas négliger le rôle de l'écorce, tout au moins comme facteur de transmission, comme zone réflexe des excitations déclenchant les centres sous-corticaux.

Il y a lieu de discuter un mécanisme plus particulièrement diencéphalique pour des formes non convulsives de la crise comitiale ; petit mal ou absences avec mouvements automatiques dont la brusquerie et la répétition fréquente chez l'enfant s'apparentent beaucoup avec la forme de narcolepsie désignée sous le nom de pycnolepsie, épilepsie statique de Ramsay-Hunt, réalisant une brusque dissolution du tonus analogue à la crise de cataplexie, épilepsie sympathique de Penfield, où une tumeur de la partie antérosupérieure du ventricule moyen s'accompagnait de crises caractérisées par une énorme vasodilatation de la face. une excessive sudation avec lacrymation, la mydriase, l'exophtalmie, des perturbations de la circulation et de la respiration avec rythme de Cheyne-Stokes et abaissement thermique.

Barré a décrit des crises sympathiques, à mi-chemin entre l'épilepsie et l'hystérie, où sur un fond d'hyporéflectivité sympathique constitutionnelle se greffent des réflexes vasculaires partis d'épines irritatives diverses.

L'action du diencéphale sur le tonus et la marche paraît résulter d'expériences diverses, en particulier de Hinsey, Ranson et Nattin sur le chat hypothalamique ; cette action se combine avec celle du noyau rouge, du cervelet et du système vestibulaire. Il est possible que des cas de rigidité décérébrée soient, chez l'homme, dus à un bloquage diencéphalique.

H. Curschmann a émis l'hypothèse d'une altération des parois du 3e ventricule comme cause de la myotonie atrophique. Moser, Keshner et Davison insistent dans leur cas sur les lésions du noyau paraventriculaire. Polyurie, obésité, lipodystrophie, atrophie des gonades accompagnent parfois ce syndrome.

Pour H. Zondek et Kochler, la rétinite pigmentaire témoigne d'un trouble dans le système hypophyso-mésencéphalique.

Syndromes psychiques

Jean Camus s'est attaché à démontrer l'existence d'un dispositif sous-cortical régulateur des fonctions psychiques. Cette thèse a été ultérieurement développée par Haskovec, Spiegel, Küppers, Fr. Kraus.

Au diencéphale se rattacherait le monde des instincts (faim, soif, instinct génital), des passions, des pulsions primitives, tandis que la personnalité supérieure marquée par l'esprit et la raison serait plutôt corticale. Cette distinction, qui reflète la doctrine des deux psychismes, inférieur et supérieur, de mon Maître Grasset, s'apparente par certains cotés à la conception du « Es » et du « Ich » de Freud.

Cette dissociation se baserait sur des arguments philogénétiques, expérimentaux et cliniques.

Les animaux sans cortex possèdent des fonctions psychiques qui ne sont pas purement instinctives.

Les animaux diencéphaliques sont dotés de pulsions primitives et conservent une sensibilité différentielle aux excitants gustatifs. Ils présentent le plus souvent de l'apathie, de l'obnubilation, mais parfois aussi de l'agitation, des réactions expansives, parfois des hallucinations.

Les tumeurs ou autres lésions du plancher du 3e ventricule se caractérisent moins par une atteinte du fond mental (troubles de la mémoire, de fixation), que par des troubles du caractère (instabilité ou indifférence), de l'affectivité, de l'humeur, des instincts, parfois par une transformation de la personnalité. La manifestation dominante peut consister en hallucinations visuelles (Lhermitte) ou en hallucinose.

Sans vouloir faire du diencéphale un centre psychique, il n'est pas douteux que les altérations sous-corticales n'influent sur l'harmonie des fonctions supérieures.

On a localisé dans le diencéphale un centre pour les émotions. Celles-ci comportent une brusque réaction des instincts (conservation, sexualité) entraînant toute une série de réflexes végétatifs, troubles vaso-moteurs, sueurs, polyurie, insomnie, que W. Cannon attribue à une décharge adrénalinique des noyaux hypothalamiques. Par leur nature sympathique, ces noyaux sont très sensibles aux stimuli affectifs.

Pour A. Salmon, quoique jouant un rôle important dans l'expression des émotions, le diencéphale ne ferait que diffuser au thalamus, à l'écorce, à l'appareil sympathique et au système endocrinien, les impressions perçues.

En l'état actuel de la science, il paraît difficile de rattacher aux centres infundibulotubériens telle ou telle affection mentale : psychose maniaco-dépressive (Pötzl), syndrome de Korsakoff, etc.

Une mention spéciale doit être réservée à l'*hystérie*.

A côté des théories purement psychogènes expliquant le pithiatisme de Babinski, quelques auteurs (G. Marinesco, A. Radovici, H. Baruk, L. van Bogaert), se basant, en particulier, sur la ressemblance de quelques-unes des manifestations de l'hystérie avec celles de l'encéphalite épidémique et sur la présence chez les hystériques de symptômes hypothalamiques, ont cherché à cette névrose un substratum physio-pathologique diencéphalique.

Ne retrouve-t-on pas chez les encéphalitiques ou dans l'hypertension du 3e ventricule des crises d'opisthotonos, des crises oculogyres, des spasmes de torsion et autres symptômes d'allure névropathique, influencés parfois par la psychothérapie ? Et l'hystérie, avec son hypnose et ses attitudes cataleptiques, avec ses spasmes respiratoires ou ses troubles vaso-moteurs, avec sa crise en arc de cercle ne rappelle-t-elle pas une série de syndromes extra-pyramidaux ?

Froment, en particulier dans la thèse de son élève Imbert, a toutefois insisté sur les différences essentielles qui existent entre le pithiatisme et les syndromes striés, avec les syndromes extra-pyramidaux post-encéphalitiques.

Syndromes etiologiques

Les syndromes infundibulotubériens sont dus à des causes diverses : tumeurs, infections, traumatismes.

Syndromes tumoraux. — Les tumeurs du plancher du 3e ventricule se traduisent par un syndrome soit complet, soit dissocié. Le plus souvent il y a un moment dans l'évolution, où à la somnolence, à la polyurie, à l'impuissance sexuelle, à l'aménorrhée se surajoutent les signes de compression du nerf optique (rétrécissement du champ visuel d'un ou des deux yeux), puis l'hypertension intracranienne (céphalée, stase papillaire). Quelques cas exceptionnels ont une évolution fébrile. A côté de tumeurs primitives (gliomes kystiques, plus rarement néoplasies nées de l'épendyme ventriculaire), on a signalé des tumeurs métastatiques (Souques, Baruk et Bertrand), etc.

Une des tumeurs les mieux individualisées de cette région est la tumeur suprasellaire qui, chez l'enfant ou l'adolescent, plus rarement chez l'adulte, se forme aux dépens des débris embryonnaires de la poche de Rathke, qu'on voit se dessiner sous forme d'ombres plus ou moins calcifiées à la radiographie et qui est constituée par un kyste avec paillettes de cholestérine. Le syndrome adiposo-génital est ici souvent le premier symptôme, en particulier les troubles des règles.

A côté des tumeurs appartenant en propre au diencéphale, des tumeurs du voisinage, méningiomes de la petite aile ou du tuberculum sellæ, gliomes venant du pédoncule ou des noyaux gris centraux viennent secondairement comprimer ou infiltrer le tuber.

Il en est de même des tumeurs à point de départ hypophysaire, qui, après avoir élargi la selle turcique (image radiographique plus ou moins typique), se développent vers le haut et empruntent leur symptomatologie au plancher du 3e ventricule, qu'elles refoulent ; chez les jeunes, il n'est pas rare de constater des signes plus ou moins nets d'acromégalie.

Une tumeur plus éloignée (fosse cérébrale postérieure, par exemple) peut retentir sur l'infundibulum par suite du blocage et de la distension du 3e ventricule ; ainsi s'explique la somnolence de leur phase terminale.

Des tumeurs, rapprochons l'hydrocéphalie qui, par suite de l'hydropisie du ventricule moyen, entraîne chez l'enfant (outre la grosse tête avec impressions digitales des clichés radiographiques et les troubles intellectuels), un syndrome adiposo-génital, parfois de la polyurie et des crises de narcolepsie (Lhermitte, Constantinesco et Brasco).

Syndromes infectieux. — *Syndrome syphilitique :* Lhermitte a eu le mérite, en particulier avec son élève Kyriaco, d'établir l'origine souvent syphilitique du diabète insipide (que l'expérience nous a montrée assez fréquente), ainsi que de la narcolepsie, ce qui nous paraît moins absolu. Il en est de même de syndromes plus complexes, soit diabète insipide avec paralysie du VI (syndrome de Kurt-Mendel), soit somnolence, polyurie, glycosurie, atrophie génitale. L'origine syphilitique est basée, suivant les cas, soit sur les antécédents, soit sur le contexte clinique (association d'un Argyll ou d'un tabes), soit sur les réactions de laboratoire du sang ou du L. C. R. Dans les cas récents, l'épreuve thérapeutique sera favorable.

L'hérédo-syphilis est parfois en cause, comme dans un de nos cas récents de narcolepsie familiale, ayant frappé à titre épisodique un frère et une sœur, cette dernière atteinte de tabes.

Syndromes attribuables à des virus neurotropes : La *névraxite épidémique*, dont on connaît la prédilection pour les formations grises de la base, provoque non seulement la somnolence classique (aboutissant à la léthargie de la période aiguë) ou les accès de narcolepsie observés à une période plus tardive (avec ou sans Parkinson), mais aussi des épisodes d'obésité rapide (avec ou sans troubles sexuels associés), de polyurie, de glycosurie, de la sialorrhée, des tics respiratoires, des perversions sexuelles à type surtout de précocité sexuelle.

Guillain et Alajouanine ont isolé la forme somnolente de *la sclérose en plaques*, les épisodes aigus ou subaigus simulant l'encéphalite épidémique ; Camaner et Sacon ont mis en évidence un syndrome tubéro-infundibulaire.

A cause de l'importance des phénomènes végétatifs, érythème et troubles vasculaires des extrémités, sueurs, tachycardie, de l'insomnie et des troubles psychiques, affectifs, qui la traduisent, bien des auteurs considèrent l'*acrodynie infantile* comme une infection neurotrope diencéphalique. Nous avons personnellement rattaché à la même origine la chorée fibrillaire de Morvan qui, outre l'acrodynie, les sueurs, les secousses fibrillaires, les troubles psychiques, compte l'hypertension artérielle, la glycosurie parmi ses manifestations.

Autres syndromes infectieux :

La *trypanosomiase* est une infection essentiellement diencéphalique : la somnolence en est la principale manifestation, évoluant parfois au début sous forme d'accès narcoleptiques. Par ailleurs, une série de symptômes, comme les myoclonies, les mouvements choréiques, un syndrome parkinsonien, indiquent la participation des noyaux dicneéphaliques voisins de l'infundibulotuber.

L'étude des formes cérébrales de la *fièvre typhoïde* avait amené Chalier et Froment à considérer le tuphos si caractéristique de la forme banale, comme une encéphalite à minima. La coexistence de somnolence, d'enraidissement musculaire, de myoclonies et de paralysies oculaires rapproche le cérébrotyphus de l'encéphalite épidémique (Et. May) et plaide en faveur d'une localisation infundibulaire de la toxine éberthienne. Un pas de plus est franchi par Clovis-Vincent qui insiste sur la parenté des symptômes (somnolence, hyperthermie, épistaxis, hémorragies intestinales, chute tensionnelle, escarre et amaigrissement), qu'on rencontre aussi bien dans les poches de Rathke et leurs suites opératoires, que dans la fièvre typhoïde.

Tardieu, à la suite de son maître Reilly, qui avait montré les affinités neurotropes de la toxine typhique, injecte dans les ventricules d'un chien cinq millièmes de milligrammes de poison typhique et réalise les principaux symptômes de la maladie humaine : tuphos, fièvre, hyperthermie, amaigrissement, diarrhée et même tuméfaction des plaques de Peyer.

Van Bogaert a observé un syndrome mésocéphalique aigu au cours des *oreillons*, caractérisé par des myoclonies, du puérilisme, du pleurer spasmodique, des stéréotypies et de l'amimie. Lemierre, Lièvre et Phan-Hu-Chi, ont publié un cas avec spasme de torsion et parole pseudobulbaire.

A côté des tubercules cérébraux se localisant parfois au diencéphale, rappelons la localisation élective de la *méningite tuberculeuse* à la base. Chez l'enfant et plus particulièrement chez le nourrisson, la somnolence peut être la manifestation prédominante de la maladie : forme somnolente de Lesage et Abrami. Lhermitte a observé un cas, confirmé par la recherche du bacille de Koch et ayant guéri par l'allergine, dans lequel une soif inextinguible fut le symptôme de début. Nous-même avons publié un cas curable de méningite tuberculeuse, vérifié par le laboratoire, avec inversion du rythme du sommeil rappelant l'encéphalite.

Syndromes toxiques. — Inutile de rappeler la systématisation diencéphalique de l'*intoxication barbiturique :* léthargie caractéristique, localisation prédominante au niveau des noyaux gris centraux dans l'intoxication expérimentale (Tardieu et Lagrange), importance des symptômes neurovégétatifs (hyperthermie, leucocytose), troubles respiratoires, circulatoires et vaso-moteurs, qui ont fait considérer cette intoxication comme une vériable toxicose neurovégétative (Chavany). Lamy et Pellat ont observé un cas de diabète insipide.

L'intoxication par l'*oxyde de carbone* a pour symptômes dans les cas graves des signes de la série parkinsonienne et plus souvent de la série infundibulotubérienne.

Syndromes traumatiques. — En dehors des syndromes provoqués par l'expérimentation chez l'animal et qui ont été longuement passés en revue, il existe chez l'homme toute une série de cas où le trauma cranien entraîne des syndromes tubériens.

L'on connaît les syndromes dissociés, *généralement tardifs*, qui s'installent quelques jours ou quelques semaines après l'accident : diabète insipide ou narcolepsie, diabète sucré traumatique rattaché par les uns aux centres bulbaires, par d'autres aux centres diencéphaliques. Parfois le syndrome est plus complet avec polyurie, insomnie, impuissance sexuelle et perturbations psychiques (Lhermitte et Albessar).

Ces dernières années, les neurochirurgiens ont insisté sur les *symptômes précoces* des commotions craniennes, en rapport avec la tige cérébrale et en particulier avec l'hypothalamus et qu'il est important de connaître pour mieux préciser pronostic et traitement.

Syndromes vasculaires. — Ceux-ci sont plus rares, quoiqu'on ait publié des cas de syndromes hypothalamiques consécutifs à des embolies, à des ramollissements cérébraux, à des cérébroscléroses pseudobulbaires.

Syndromes familiaux et héréditaires. — Enfin, il existe des cas où les syndromes diencéphaliques présentent un caractère familial.

Nous avons récemment retrouvé, avec J. Roger, dans la littérature, une vingtaine de cas de narcolepsie, portant sur plusieurs membres de la même famille, dans une ou plusieurs générations. Nous avons également observé des cas de diabète insipide familial.

Il y a deux éventualités à envisager : ou bien il s'agit d'une maladie vraiment familiale, due à un dysfonctionnement héréditaire et permanent des centres régulateurs de l'eau et du sommeil, ou bien il s'agit d'une sorte de fragilité héréditaire de ces centres, qui épisodiquement, sous des influences diverses, présentent des troubles transitoires : un de nos cas de narcolepsie familiale transitoire avait trait à un frère et une sœur hérédo-syphilitiques (la sœur était atteinte en même temps de tabes).

***

Cette longue énumération montre le grand nombre de syndromes qu'on a rattachés à l'infundibulotuber. Leur diversité prouve la complexité de ces centres. Il serait toutefois téméraire de supposer qu'à chacune de ces fonctions correspondent des centres bien individualisés. En réalité, un symptôme reste rarement isolé et plusieurs se succèdent et s'intriquent.

Il est toutefois curieux de remarquer que l'altération complète de l'infundibulotuber peut n'entraîner aucun désordre grave (Cushing). Ceci tient à ce que la destruction des centres sympathiques ou parasympathiques est moins riche de conséquences que la simple irritation, la dysrégulation de ces centres.

Sans doute, il faut voir, avec Roussy et Mosinger, avec Et. May, dans la région infundibulotubérienne une des régions les plus riches en formations sympathiques et en centres importants de la vie végétative, mais il ne faudrait pas faire de l'hypothalamus une sorte de « tarte à la crème », donnant réponse à tous les problèmes que pose la physiopathologie clinique.

REVUE DES THÈSES

Essai de traitement de la blennorragie féminine par la sulfamide thiazolique 640 M.-Lysothiazol, par Albert Céleste. *Thèse de Paris*, 1942.

L'auteur a utilisé le sel d'aluminium de la sulfamide thiazolique 640 M. (Lysothiazol). Le Lysothiazol est employé à Saint-Lazare dans le traitement de la blennorragie féminine aux doses de 18 comprimés en un seul jour, à raison d'un comprimé toutes les demi-heures avec un demi-verre d'eau.

L'auteur rapporte des observations de traitement de la blennorragie aiguë, chronique et de la blennorragie associée à la syphilis. Il fait remarquer que l'aluminium du 640 M. régularise l'absorption du sulfathiazol ; l'alumine, dans la blennorragie, possède une action asséchante, ce qui constitue un des avantages du Lysothiazol. Dans ses conclusions, il constate que le 640 M. est aussi actif que les autres sulfamides et sa toxicité est très faible ; sa tolérance est parfaite même à fortes doses, ce qui permet de l'administrer à dose massive en une journée. Le Lysothiazol peut être administré en même temps qu'un traitement arséno-bismuthique.

Les Hormones

Tableau synthétisant no

par le Docteur François MOREL,

DENOMINATION : D'APRÈS LA GLANDE D'ORIGINE D'APRÈS LA NOMENCLATURE OFFICIELLE	LES GRANDES ETAPES ISOLEMENT. — SYNTHÈSE	CONSTITUTION CHIMIQUE PROPRIETES ESSENTIELLES	TESTS BIOLOGIQUES SPECIFIQUES DOSAGE ET ETALONNAGE
HORMONES HYPOPHYSAIRES 1° **H. du lobe antérieur**, ou glandulaire : H. somatotrope ou de croissance ; Thyréo-stimuline ; Parathyréo-stimuline ; Pancréato-stimuline (hypoglycémiante) ; H. diabétogène, ou contra-insuline ; H. acétonémiante ; Surrénalo-stimulines (médullo et cortico) ; Gonado-stimuline A (maturation folliculaire) ; Gonado - stimuline B (lutéinisation) ; H. lactogène ou prolactine. 2° **H. du lobe intermédiaire** : Intermédine (dilate les érythrophores et les mélanophores). 3° **H. du lobe postérieur**, ou nerveux : H. ocytocique ; H. antidiurétique ; H. hypertensive.	Aucune « hormone » hypophysaire *n'a pu jusqu'alors être isolée.* Dissociation des syndromes hypophysaires et infundibulo-tubériens : Notion actuelle : les syndromes attribués jadis à la seule hypophyse, ou glande pituitaire, dépendent en réalité du **Complexe « Hypophyse - Hypothalamus »** (Travaux de Camus et Roussy, de Rémy Collin, de Roussy et Mosinger, etc.), **véritable « cerveau endocrinien »**. L'hypophyse antérieure commande à toutes les autres endocrines : *Loi de l'équilibre endocrino-hypophysaire* (Rivoire) : « Toute *diminution* du fonctionnement d'une endocrine déclenche l'*augmentation* de la stimuline hypophysaire correspondante, et inversement. »	*Constitution* : Nature complexe, protidique ou **polypeptidique.** Il ne s'agit vraisemblablement pas de « substances » chimiques distinctes, mais bien d' « effets » électifs multiples, dissociés par des artifices de séparation et de fractionnement physico-chimiques plus ou moins brutaux des extraits hypophysaires. *Propriétés* : Poids moléculaire élevé, bien que certaines (pancréato-stimuline, cortico-stimuline, h. acétonémiante) soient « ultra-filtrables ». Fragiles, pour la plupart thermolabiles ; certaines cependant sont thermostabiles (cortico-stimuline, prolactine). Toutes sont inactivées par les ferments digestifs protéolytiques : *d'où leur inefficacité per os.* Précipitées par l'alcool absolu. Extraction en milieu Acide pour certaines (gonado-stimuline A), Basique pour d'autres (gonado-stimuline B).	*H. somatotrope* : courbe de crois[sance] du rat. *Thyréostimuline : Test de Ma[x] Aron* : Injection d'urine à un cobaye impubère 3 j. de suite. Examen histologique de la thyroïde de ce dernier le 4e j. Dans l'hyperpituitarisme, réaction fortement positive. Dans l'hypo, réaction négative, plus difficile à apprécier. *Gonadostimuline* : tests classiques sur souris, rats, lapins. *Prolactine* : Réaction du jabot du pigeon. *Intermédine* : Réaction sur la grenouille (Collin et Drouet) ou sur le vairon : hyperpigmentation après injection d'urine, en cas de positivité. *H. ocytocique du lobe postérieur* Titrage en **unités internationales** sur la corne utérine du cobaye impubère, de telle sorte que **1 U. I.** = *0 mgr. 5 de la poudre standard.* Les ampoules injectables renferment classiquement 10 U. I.
HORMONE EPIPHYSAIRE ?	Hormone *non isolée.* L'épiphyse, ou glande pinéale, secréterait un produit qui « *freinerait* » le développement génital, donc « *chalone* » plutôt qu'hormone. Notion du **Complexe « Epiphyse-Epithalamus »** (Roussy et Mosinger).	?	?
HORMONE THYROIDIENNE **THYROXINE**	*Complexes iodés précurseurs* : 1° *Iodo-thyréoglobuline*, Oswald 1899, véritable réserve d'hormone. Par hydrolyse enzymatique, elle donne : 2° La *diiodotyrosine*, isolée de la thyroïde par Harrington et Randall en 1929. Par dédoublement, celle-ci donne : 3° La *thyroxine*. *Isolement* par Kendall en 1914. **Synthèse** réalisée par Harrington et Barger en 1927.	*Constitution* : 2 molécules de **tyrosine** (**acide aminé**), tétraiodées, avec perte d'un chaînon latéral. (Le nom même de thyroxine : thyroïde-oxy-indol, consacre une erreur chimique). *Propriétés* : poudre microcristalline blanche, inodore, insipide, renfermant 65 % d'iode. Totalement insoluble dans l'eau, l'alcool, les solvants des lipoïdes. Alcalino-soluble (tandis que la diiodotyrosine est acido-soluble).	*Test de Reid-Hunt* : Résistance de la souris ayant reçu de la thyroxine (ou du sang de malades hyperthyroïdiens) à l'intoxication par une dose minima mortelle d'acéto-nitrile. *Test de Gudernatsch* : Action sur la métamorphose rapide des têtards. *Le test hypophysaire de Max Aron* est positif dans les hypothyroïdies, négatif dans les hyper, en fonction de la loi de l'équilibre endocrino - hypophysaire de Rivoire (v. ci-dessus).
HORMONE PARATHYROIDIENNE **PARATHORMONE**	Découverte anatomique des quatre glandules parathyroïdes : Sandström, 1881 Travaux physiologiques de Gley, 1891. (Tétanie parathyréoprive.) Il n'existe *pas encore d'hormone isolée* à l'état pur, mais un principe actif (Collip, Hanson, 1924) dénommé *Parathormone* ou *Paratyrone.*	*Constitution* : Dérivé complexe, protéique ou **polypetidique**, de poids moléculaire élevé. *Propriétés* : conserve bien son activité physiologique à l'état sec ou en solution faiblement acide ; de même après ébullition dans HCl N/10. La perd après ébullition d'une heure en milieu alcalin, ou après digestion pepsique ou trypsique, *d'où son inefficacité per os.* Insoluble dans éther, acétone, eau ou alcool neutres ou alcalins. Soluble dans eau ou alcool acides.	*Test d'Hamilton* : dosage de la calcémie d'un lapin ayant reçu du sérum d'hyperparathyroïdien. *Parathormone Collip* : L'unité clinique Collip = 1/100e qu. nécess. pr élev. en 15 h., de 5 mgr. pr 100 gr. de sérum, la calcémie d'un chien normal d'une vingtaine de kilos. *Paratyrone Byla* : L'unité clinique Byla = 1/100e qu. nécess. pr aug. de 50 %, en une seule injec. i/v, la calcémie d'un chien parathyroïdectomisé d'une dizaine de kilos. *Forme thérapeutique* : 20 un. clin. par cmc. *Equivalences* : Impossibles à établir, comme on le voit, tant qu'il n'y aura pas d'unité intern. fixée.
HORMONE THYMIQUE ?	Hormone *non isolée.* On n'est même pas certain de la nature endocrine du thymus.	Il s'agit vraisemblablement d'un principe actif, spécifique, diffusible, non précipitable par l'alcool. En effet, les extraits utilisés ne peuvent être considérés comme agissant : soit par leurs nucléoprotéines, car ils n'en renferment nulle trace à l'analyse ; soit en tant qu'organes embryonnaires, car les tréphones ou cyto-protéines sont précipitables par l'alcool.	?

I. HORMONES HYPOTHALAMO-HYPOPHYSAIRES, EPITHALAMO-EPIPHYSAIRES THYRO-PARATHYROIDIENNES, THYMIQUES.

SYNDROMES CLINIQUES TYPES DE DYSREGULATION HORMONALE	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES CORRESPONDANTES	APPLICATIONS THERAPEUTIQUES FORMES. — POSOLOGIE
HYPO-PITUITARISME. — ANTÉRIEUR : Syndrome d'insuffisance *totale* : *Maladie de Simmonds* = *Cachexie*, aménorrhée, asthénie, tétanie, sénilisme. Formes frustes : maigreur hypophysaire de Bickel, anorexie mentale (?). *Acromicrie* ; *nanisme* ; *infantilisme* hypophysaire de Souques et Stephen Chauvet (infantilisme harmonieux du type Lorain) ; *Syndrome adiposo-génital* de Babinski-Fröhlich ; ces 4 derniers syndromes dus à : un **adénome chromophobe** (le plus fréquent des adénomes), ou une *tumeur de la poche de Rathke* (craniopharyngiome). INTERMÉDIO-POSTÉRIEUR : *Diabète insipide* (avec sa polydipsie initiale, sa polyurie astronomique). Syndrome de Gélineau : hypersomnie brusque et passagère. Dépigmentation (vitiligo ?). Certaines migraines.	**Tests presque tous dans le sens de la diminution** (—) : *Glycémie* basse (—) ; hypoglycémie provoquée insulinique excessive (dangereuse) ; épreuve d'hyperglycémie provoquée très affaissée, *et gros crochet d'hypoglycémie réactionnelle consécutive. Tension artérielle* (—) ; *globules rouges* (—) ; *pouls* (—) ; *métabolisme de base* (—) ; calcémie (—). En outre, *radio* : déformation de la selle turcique ; concrétions calcaires dans les tumeurs de la poche de Rathke. *Examen oculaire* : fond d'œil ; champ visuel.	*Extraits hypophysaires* (appelés abusivement « hormones ») *Extraits complets (Pamphysex, etc.)* : « *per os* » : **activité douteuse.** *Extraits injectables de lobe antérieur* : **Posologie variable selon les préparations.** TOTAL (*Antélobine, Antéparsine, hypophyse antérieure, extrait perhypophysaire, etc.*). PARTIELS (*Hormone gonadotrope, gonadormone, thyrormone, lactormone, somatormone, etc.*). *Extraits injectables de lobe postérieur* : **5 à 40 unités internationales.** TOTAL (*Pituilobine, Rétropituine, Physocrisine, Post-hypophyse, Pituglandol, etc.*). PARTIELS (*ocytormone, léiormone, neurormone, etc.*).
HYPER-PITUITARISME. — ANTÉRIEUR : Syndrome d'hyperfonctionnement *total* : *Maladie de Cushing* = Obésité douloureuse, hirsutisme, virilisme, ostéoporose, exophtalmie, aménorrhée ; dû à un **adénome basophile** (rare). *Acromégalie* de Pierre Marie (adultes). *Gigantisme* (adolescents). *Pseudo-diabète* hypophysaire (peu sensible au régime et à l'insuline, rarement cétogène), syndrome associé aux 2 précédents, et comme eux dû à un **adénome éosinophile** (assez fréquent). INTERMÉDIO-POSTÉRIEUR (?) : Eclampsie puerpérale ; hypertension ; certaines crises épileptiques ; œdèmes de la gestation ; hyperpigmentation gravidique.	**Tests presque tous dans le sens de l'augmentation** (+) : *Glycémie* forte (+) ; *glycosurie* fréquente, spontanée ou provoquée ; calcémie (+) ; *métabolisme basal* (+) ; *tension artérielle* (+) ; *pouls* (+) ; *globules rouges* (+). En outre, *examens radiologique et oculaire* comme ci-dessus.	*Radiothérapie* ou *Neuro-Chirurgie* transsphénoïdale ou transfrontale des tumeurs hypophysaires (adénomes ou tumeurs de la poche de Rathke).
HYPO-PINEALISME. — Syndrome de *macrogénitosomie précoce*, par **tumeur de l'épiphyse**, surtout fréquent chez le jeune garçon : maturité précoce des caractères sexuels primaires et secondaires ; ossification précoce ; adipose et vieillissement précoces. HYPER-PINEALISME (??). — Insuffisance génitale ; déminéralisation osseuse.	**Tests encore incertains** (?) : Métabolisme basal (—) (?) ; kaliémie (—) (?) ; calcémie (+) (?).	*Extraits épiphysaires (Epiglandol, etc.)* ?? *Chirurgie* (très difficile et très dangereuse) ?? *Radiothérapie* de la tumeur (précédée d'une craniectomie décompressive ou accompagnée d'une incision de la lame sus-optique).
HYPO-THYREOSE. — *Myxœdème congénital*, type Bourneville. *Myxœdème de l'adulte*, médical ou chirurgical (thyroïdectomie trop large). *Crétinisme* ; idiotie thyroïdienne ; débilité mentale ; *surdi-mutité* thyroïdienne. Ichtyose. *Infantilisme* thyroïdien, type Brissaud et Meige. Certains rhumatismes chroniques. Syndromes frustes : *obésités* hypothyroïdiennes.	*Métabolisme de base* (—) ; *cholestérolémie* (+) ; *pouls* (—) ; *tension* (—) ; *poids* (+) ; iodémie (—) 0 mgr. 06 0/00 en moyenne, contre 0 mgr. 12 normalement) ; *Augmentation de la tolérance pour les glucides* ; inversion du rapport globuline/sérine (comme dans la néphrose lipoïdique) ; chlorémie (—) ; augmentation du rapport glutathion oxydé/réduit (0,25 à 0,55 contre 0,10 normalement).	*Extraits thyroïdiens* : **5 à 10 centigr., par jour,** 20 centigr. au maximum. Enfants 1 à 2 centigr. par année d'âge et par jour. Ou : *Thyroxine synthétique* : **1/2 à 1 milligr. par jour, per os ou en inject.** (Equivalence : 1 milligr. Thyroxine = 20 centigr. extrait). Réserver les extraits aux traitements de longue haleine ; la thyroxine pour obtenir une action rapide et précise.
HYPER-THYREOSE. — *Maladie de Graves-Basedow*, (goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblement, amaigrissement). *Goitre basedowifié* (le goitre banal est une normo-thyréose) ; **adénome toxique** ; *Basedowisme*.	*Métabolisme de base* (+) ; *cholestérolémie* (—) ; *pouls* (+) ; *tension* (+) ; *ROC* (+) ; *poids* (—) ; *mononucléose* ; iodémie (+) (0 mgr. 40 0/00 en moyenne) ; *hyperglycémie provoquée* (+) (du type paradiabétique) ; souvent *glycosurie alimentaire* ; *galactosémie provoquée* (+) ; rapport glutathion oxydé/réduit (—) (tendant vers 0). En outre, *angle d'impédance* (+).	Cure iodée : solution de Lugol (0 gr. 10 d'iode par jour). Ou : *Diiodotyrosine synthétique* : 10 à 20 centigr. par jour. *Hémato-éthyroïdine* : 2 à 6 cuill. à café par jour. Vitamine A (antagoniste de la thyroxine). Calmants du sympathique. *Radiothérapie* de la thyroïde, ou : *Chirurgie* (thyroïdectomie subtotale).
HYPO-PARATHYREOSE. — *Tétanie infantile. Spasmophilie de l'adulte*, médicale ou chirurgicale (thyro-parathyroïdectomie trop large). *Laryngospasme*. Certaines *cataractes* bilatérales (surtout des jeunes). Certains ulcères gastro-duodénaux (?).	*Calcémie* (—) (80,50 mgr.) ; calciurie (—) ; *Phosphorémie* (+) (Ph minéral 50 à 70 mgr. contre 35 normalement) ; phosphaturie (—) ; *Alcalose* (réserve alcaline (+), pH (+), etc.) ; kaliémie (+) ; natrémie (+) ; cholestérolémie (—). En outre, *chronaxie* (+).	Greffe parathyroïdienne (technique difficile, résultats passagers). *Extraits parathyroïdiens (Paratyrone, etc.)* : **une injection i/m, 1/2 à 1 cm^3 par jour** Traitement calcique (chlorure, lactate, gluconate). Ultra-violets ; vitamine D ; préparation AT 10 de Holtz. Médication acidifiante ; régime pauvre en phosphore. Antispasmodiques.
HYPER-PARATHYREOSE. — *Maladie de Recklinghausen* (ostéite fibro-kystique) par **adénome parathyroïdien.** 2e maladie de Recklinghausen (neurofibromatose) (?). Polyarthrite ankylosante (?). Sclérodermie (?). Autres ostéoses : ostéomalacie ; Paget ; leontiasis ossea (?).	*Calcémie* (+) (200 mgr. et plus) ; Ca urinaire et fécal (+) ; *Phosphorémie* (—) (autour de 20 mgr.) ; phosphaturie (+) ; *Phosphatasémie* (+) ; *chronaxie* (—). En outre : *radio du squelette, biopsie osseuse.*	Administration de phosphate à haute dose. *Radiothérapie* ou *Chirurgie* : ablation de l'adénome, ou d'une ou plusieurs parathyroïdes (parathyroïdectomie partielle).
HYPO-THYMIE (?) — Aplasie ou hypoplasie de la glande (congénitale, radiothérapique, opératoire : thymectomie trop large) : *Retards de croissance*, obésité, idiotie, ectopie ou atrophie testiculaire.	Il n'existe *pas de syndromes humoraux* thymiques, pas plus qu'il n'existe de syndromes cliniques « endocriniens » attribuables en propre au thymus.	*Extraits thymiques (Endothymusine, Endocrisine thymique, extrait injectable perthymique, etc.).* **1 à 3 gr. d'organe frais par ampoule en inject. s/c ou i/m.** Traitement antisyphilitique.
HYPER-THYMIE (?) — Hypertrophie pure de la glande : *syndrome de compression médiastinale* (cornage, dyspnée, cyanose). *Etats thymo-lymphatiques* de Paltauf (?). *Mort subite du nourriss.* d'orig. thymique (?). *Myasthénie*, par **adénome thymique** (?).		*Chirurgie* (Thymectomie partielle) ? *Radiothérapie.* Antispasmodiques.

EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ ET MÉDIASTINAL AU COURS DE LA ROUGEOLE NON COMPLIQUÉE

(TROIS CAS)

Par M. Paul VÉRAN

Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes

L'extrême rareté des cas connus d'emphysème sous-cutané et médiastinal spontané au cours de la rougeole banale, nous semble justifier la publication des faits suivants :

Observ. I. — René B..., 3 ans, sans antécédents pathologiques, entre aux Contagieux de l'Hospice Saint-Jacques, pour une rougeole typique dont l'éruption est apparue le 4 avril 1939, avec rhino-pharyngite accentuée et toux fréquente, mais pas de complications respiratoires.

Au déclin de l'éruption, le 10 avril, l'enfant est pris subitement d'une agitation extrême avec cris, polypnée, cyanose des lèvres. Quelques heures plus tard, l'emphysème sous-cutané bilatéral apparaît dans les creux sus-claviculaires, l'emphysème médiastinal ayant précédé l'infiltration gazeuse sous-cutanée et expliquant la dyspnée subite de l'enfant. La fièvre remontée à 39° tombe en trois jours, survivant à la disparition de la dyspnée et de l'agitation. L'emphysème s'étend en pèlerine et vers les côtés du cou et disparaît en cinq ou six jours.

La radiographie du thorax, prise le surlendemain de l'accident, vérifie la présence d'air en coulée le long du médiastin supérieur et dans les tissus sous-cutanés.

Observ. II. — Lise V..., 9 ans. Chez une fille jusqu'alors bien portante, apparaît une éruption de rougeole authentique, le 1er mai 1938. Pas de complications respiratoires, simplement quelques sibilances. Le 4 mai, alors que l'éruption est encore très fleurie, survient, à deux heures du matin, une douleur rétro-sternale très violente. En quelques instants s'installe un état de collapsus avec polypnée, pâleur mêlée de cyanose, tachycardie, effondrement tensionnel. Dans les heures suivantes progresse l'emphysème sous-cutané bilatéral qui prend une extension impressionnante dont le maximum est atteint en deux jours. L'enfant a l'aspect d'une poupée de baudruche soufflée ; le visage revêt la déformation du magot chinois ; l'enflure s'étend aux deux membres supérieurs et descend jusqu'aux plis de l'aine. L'angoisse, la dyspnée, la fièvre à 40° achèvent de rendre très alarmant le tableau clinique.

Sous l'influence d'injections répétées de chlorhydrate de morphine (0 gr. 005 toutes les huit heures), la toux, l'agitation cessent ; l'infiltration gazeuse ne régresse complètement qu'en douze jours.

L'éloignement de cette malade à la campagne ne nous a pas permis la prise d'un cliché du thorax lors de ces accidents. Mais, un mois plus tard, l'image thoracique était normale et la cuti-réaction négative.

Observ. III. — Serge B..., 5 ans, entre à l'Hospice Saint-Jacques le 2 juin 1941 pour une rougeole authentique éruptive depuis la veille. Quelques heures après le début de l'éruption, l'enfant a été pris d'une douleur thoracique subite siégeant dans la région sous-claviculaire gauche, avec dyspnée intense, sans cyanose. Lors de l'admission à l'hôpital, l'enfant est très fatigué, dyspnéique, la fièvre est à 39°5, la toux quinteuse. Pas de complications respiratoires en foyer. L'emphysème sous-cutané est unilatéral gauche, ne débordant pas le thorax vers le bas, le menton vers le haut.

Tout malaise apparent disparaît en quelques heures. La fièvre tombe en deux jours. La radiographie du thorax prise le 5 juin, révèle l'existence d'une coulée d'air juxta-médiastinale gauche et montre l'infiltration sous-cutanée sous-claviculaire et axillaire gauche.

L'emphysème sous-cutané, bien connu depuis Laënnec au cours des pneumopathies aiguës, est un syndrome très exceptionnel au cours de la rougeole non compliquée. Le nombre d'observations publiées semble n'être que d'une vingtaine (Dénéchau, Mérand, Comby, Méry, Bacqué, Goebel, Jones, Goldenberg, Ferrand et Turlotte, Zoëller, Noré, Nesbett, Perrin (Nancy), Marquezy, Launay, Lanze). Les conditions d'apparition et le développement de cet accident sont très comparables dans tous les cas : il survient chez des enfants (du premier âge à l'adolescence) atteints de rougeole banale exempte de complications pulmonaires, au début ou au déclin de l'éruption. Lié à une toux plus ou moins fréquente, il a un début brusque, dramatique, avec vive douleur thoracique, polypnée angoissante, cyanose, agitation, cris chez le petit enfant, et fièvre élevée à 39° ou davantage. L'apparition de l'infiltration gazeuse sous-cutanée se fait dès l'heure suivante et se fait suivant une progression plus ou moins lointaine. Elle peut être unilatérale ou bilatérale, se limiter aux creux sus-claviculaires et à la région thoracique haute, ou s'étendre jusqu'aux paupières, aux doigts, aux aines, déformant le malade d'une façon impressionnante.

Même chez les malades ayant présenté une infiltration énorme, le pronostic a été dans tous les cas bénin et l'on peut, semble-t-il, opposer la bénignité de l'emphysème sous-cutané et médiastinal au cours de la rougeole non compliquée, à la gravité parfois mortelle de cet accident au cours de tentatives de création de pneumothorax artificiel sur des plèvres rigides et symphysées, ainsi qu'au cours de traumatismes, de pneumopathies graves, tuberculeuses en particulier.

Faute de renseignements anatomiques, la cause et le siège de l'effraction d'air demeurent mystérieuses et l'on peut discuter de perforation pulmonaire en plèvre symphysée, ou peut-être plus vraisemblablement à cause de la constance de l'emphysème médiastinal, de la fissuration de la trachée ou d'une grosse bronche, sous l'influence de la toux ; ou encore de perforation d'une bulle ampullaire sous-pleurale (Pardal et Mazzeï).

Bien que les incisions au bistouri, en cas d'infiltration énorme, aient paru efficaces entre les mains du Prof. Perrin (Nancy), cette thérapeutique se montre généralement très décevante et il semble que l'on puisse s'en tenir, d'autant mieux qu'il s'agit d'accidents bénins, aux calmants de la toux, à la morphine et aux inhalations d'oxygène en cas de gêne respiratoire intense.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PHTISIOLOGIE

Le mauvais pneumothorax. Quand faut-il l'interrompre ? E. Leuret et R. Le Lourd. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, nos 15-16, 15-30 août 1942.

« Un pneumothorax est mauvais ou compliqué parce que, neuf fois sur dix, il est *incomplet*. Plus rarement interviennent des facteurs de *rigidité, de nécrose*, de perméabilité restreinte des bronches de drainage. L'inefficacité s'exprime par la persistance de la toux, de l'expectoration bacillifère, de l'aspect radiologique, des signes biologiques : accélération de la vitesse de sédimentation ; valeur élevée de la floculation à la résorcine. »

Maintenir un tel pneumothorax est vain et dangereux. Quelques-uns sont justiciables de *méthodes de complément* (1° phrénicectomie associée au pneumothorax ; 2° association du pneumothorax et de la thoracoplastie localisée).

Dans d'autres cas, les auteurs estiment qu'il faut avoir recours aux *méthodes de substitution*.

« Il faut, écrivent-ils, abandonner délibérément et sans retard :

— Les mauvais pneumothorax, qui affaissent une base saine et maintiennent de larges lésions béantes du sommet ; sous lesquels s'accroissent rapidement des cavernes ; où les cavernes extensives amincissent excessivement leur paroi juxta-pleurale ; où les cavernes se soufflent rapidement en bulles de savon ; qui, par des systèmes adhérentiels insécables, maintiennent la béance des spélonques ;

— Les pneumothorax dangereux avec lésions béantes actives du sommet et pleurésie purulente de la base. Dans ce cas, l'indication est double, à la fois pulmonaire et pleurale.

La thoracoplastie, plus ou moins élargie en hauteur et en largeur, représente la méthode de choix dans ces différentes éventualités, précédée de pleurotomie si l'infection pleurale le commande.

La substitution rapide au pneumothorax des méthodes chirurgicales possède à son actif un taux appréciable de succès dans des formes extrêmement sévères, dont le pronostic se trouve totalement renversé. Toute la question dépend de l'opportunité de l'intervention, car s'il est aisé de créer et d'entretenir un pneumothorax, le mener à bien est un tout autre problème, autrement compliqué. »

M. L. S.

CHIRURGIE

La sulfamidothérapie intra-artérielle dans les infections graves des membres. MM. Jean Demirleau et Guenant (de Tunis). *Presse Méd.* n° 42, 19 septembre 1942, p. 442.

Les auteurs ont employé à l'hôpital Sadiki (de Tunis) la sulfamidothérapie avec des résultats particulièrement encourageants. « On peut s'étonner, écrivent-ils, que cette méthode ne se soit pas généralisée comme la logique le commanderait : c'est qu'elle paraît entachée d'accidents graves ou de difficultés techniques. »

Les auteurs font justice de ces deux objections, le danger d'hémorragie est pratiquement nul. Les complications vaso-motrices ou gangréneuses n'ont jamais été observées au cours des 200 injections faites par les auteurs.

Ils ont utilisé le *soludagénan*. Chaque ampoule de 3 cm^3 est diluée dans 7 cm^3 de sérum physiologique afin d'obtenir un milieu se rapprochant de l'isotonie. La dose d'attaque est de 9 cm^3 pour le membre inférieur et de 6 cm^3 pour le membre supérieur. Les injections sont répétées tous les jours ou tous les deux jours en procédant par dosage décroissant. L'injection est indolore, elle s'accompagne d'une sensation de douleur traçante très supportable et est suivie d'une bienfaisante sédation de la douleur.

Le lieu d'élection de l'injection est pour le membre inférieur la fémorale au-dessous de l'arcade crurale ; pour le membre supérieur l'axillaire ou la sous-clavière. Les auteurs procèdent par ponctions transcutanées, sans dénudation de l'artère.

Toutes les observations se rapportent à des infections graves des membres : plaies graves et infectées, fractures ouvertes, arthrites sup-

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE
SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4, Rue Platon, PARIS (XVe)

LAXATIF - CHOLAGOGUE - VERMIFUGE - ANTISEPTIQUE INTESTINAL
CALOMEL VICARIO
PETITS COMPRIMÉS DOSÉS { à un milligramme, à un quart et à un demi-centigramme / à un, deux et cinq centigrammes
MÉDICAMENT de CHOIX en MÉDECINE INFANTILE
LABORATOIRES VICARIO, 17, Bd HAUSSMANN - PARIS (9e)

LAXATIF DOUX
MUCINUM
1 à 2 comprimés par jour
" INNOTHERA " - ARCUEIL (Seine)

LA 9ME ÉDITION
DU
FORMULAIRE ASTIER [1942]
Entièrement refondue, corrigée et mise à jour
Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)
◆
En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.
◆
Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit 60 francs
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00

purées. Dans tous les cas la sulfamidothérapie intra-artérielle a constitué la seule thérapeutique antiseptique ou microbicide. Elle n'exclut en aucune façon le traitement chirurgical d'excision ou d'incision.

Pour l'ostéomyélite, il y a des réserves à faire. Mais on devrait beaucoup attendre dans ce cas de la sulfamidothérapie.

En résumé, dans ce magnifique hôpital qu'est Sadiki, où entrent journellement des infectés graves des membres, les auteurs, grâce à la sulfamidothérapie, peuvent éviter bien des amputations et des septicémies, diminuer les séquelles et les journées d'hospitalisation.

M. L. S.

Le traitement médical de l'endoartérite oblitérante avec gangrène. Raffaelé Paolucci di Valmaggiore. *Wiener Medizinische Woch.* T. 92, n° 39, 26 septembre 1942 (en allemand et en italien).

Le professeur Raffaele Paolucci di Valmaggiore, directeur de la Clinique chirurgicale de Rome, rappelle que pendant quinze ans il a, comme tous les chirurgiens, tenté les opérations les plus diverses pour le traitement des endoartérites oblitérantes juvéniles : de la sympathectomie périartérielle à la ganglionectomie, de l'anastomose artério-veineuse à l'artériectomie et à la surrénalectomie. Il est indéniable que toutes les interventions qui visent à interrompre la conduction nerveuse sympathique apportent un bénéfice temporaire. Dans les cas de gangrène avancée, Paolucci estime qu'il vaut mieux amputer sans retard, les interventions sur le sympathique et la surrénale étant réservées aux cas de gangrène au début et mieux encore à ceux où la gangrène n'est pas encore établie.

Paolucci a essayé depuis trois ans une cure médicale fondée sur la *balnéothérapie*, le *régime* et la *vitaminothérapie*.

La *balnéothérapie* comprend des bains locaux en partant de 25° et en portant, en un quart d'heure, la température à 45°. Après cinq minutes redescendre progressivement, en un quart d'heure, à la température initiale de 25°. Une brève douche froide de la pointe du pied à la cuisse est suivie d'un enveloppement humide et chaud puis d'un long massage. Le soir, nouveau bain, le malade étant maintenu dans l'eau jusqu'à l'ombilic, puis nouvelle douche et nouveau massage.

Ceci trois fois par semaine au début, deux fois par semaine en fin de cure, mais à recommencer à la moindre réapparition de la claudication intermittente.

Le *régime* comprend : légumes crus sans limitation, assaisonnés à l'huile et au citron. Les tomates sont particulièrement recommandées ; légumes cuits à l'huile ; un litre de lait cru ; pain de seigle ou pain complet (en petite quantité) ; poisson deux fois par semaine ; fromages frais, yogourt ; fruits abondamment ; gâteaux à base de crème, de miel, de fécule ; marmelades ; café à base d'orge ou d'avoine torréfiée, à continuer jusqu'à guérison.

La *vitaminothérapie* est pratiquée avec des injections intraveineuses (vitamine C et vitamine B), durée 3 mois au moins.

La *cure locale* enfin est étudiée en détail par l'auteur qui conclut :

1° Les interventions chirurgicales variées proposées pour la cure de l'endoartérite oblitérante sont à réserver aux cas de début, au stade de la claudication intermittente ou à ceux de gangrène au début ;

2° Au cas de gangrène avancée des orteils ou de tout l'avant-pied, les opérations chirurgicales amènent parfois une amélioration transitoire mais, en général, manquent leur but ;

3° L'association de la balnéothérapie, d'un régime approprié et de la vitaminothérapie ont donné constamment les meilleurs résultats et permis de sauver des membres condamnés à l'amputation ;

4° On peut estimer que la cure peut être appliquée avec un égal succès au stade de la claudication intermittente quand la gangrène n'a pas encore fait son apparition. Mais de tels malades sont généralement vus et soignés par les médecins, c'est pourquoi les chirurgiens ont rarement l'occasion de l'expérience en question.

Les médecins peuvent donc tenter la cure des malades au stade de la claudication intermittente. Paolucci pense toutefois qu'il ne sera pas facile de la faire accepter par les malades qui ne se rendent pas compte de la gravité de leur état. Il n'en est pas de même lorsque apparaît la gangrène et que les douleurs deviennent violentes.

Ajoutons que le texte allemand mentionne l'importance de l'abstention absolue de tabac, condition *sine qua non* de l'obtention et du maintien de la guérison ; il range dans la même catégorie nosologique la gangrène des extrémités quel qu'en soit le siège et l'étendue, et l'angine de poitrine ; d'où nécessité de même surveillance, mêmes précautions et même traitement.

R. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 13 octobre 1942

A propos de l'amaigrissement : un vœu. — M. Carnot revenant sur l'importante question soulevée par M. Noël Fiessinger dans la dernière séance insiste à son tour sur les mauvaises conditions de défense des organismes sous-alimentés contre les maladies infectieuses et contre la tuberculose. Il soumet à ses collègues un vœu demandant qu'une ration supplémentaire quotidienne de 100 gr. valable pour trois mois et renouvelable, soit accordée aux sujets des catégories A et V dont le poids est inférieur de plus de 10 kilos à celui prévu par la règle de Quettelat : le nombre de kilos devant être égal au nombre de centimètres au-dessus du mètre. Le contrôle facile de la balance et de la toise écarte toutes fraudes possibles.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. Noël Fiessinger poursuivant ses recherches sur le même sujet, constate que l'amaigrissement s'accentue : un quart des sujets observés est au-dessous du poids normal. D'autre part, l'extension de la tuberculose est indéniable.

M. Chevassu expose alors l'influence de l'amaigrissement sur le moral.

Une énigme de l'Histoire. Pourquoi Louis XIII n'a-t-il consommé son mariage que trois années après sa célébration ? — M. Pierre Nobécourt. — La *chronologie* de la puberté donne l'explication la plus vraisemblable.

Lors du mariage, Louis XIII, âgé de 14 ans 2 mois, est impubère. Lors de sa consommation, à 17 ans 4 mois, il achève à peine sa puberté, mais il n'est pas nubile et la reine ne devient pas enceinte. Elle ne le devient que trois ans plus tard, quand il est dans sa vingt et unième année, âge de la nubilité.

Loin d'être retardée, la consommation du mariage a été prématurée.

Séance du 20 octobre 1942

Sur l'hypertension artérielle des amputés. — M. Jean Lhermitte revient sur la question soulevée dans la séance du 7 juillet par MM. V. Balthazard et D. Routier. — Il ne convient pas, dit-il, de comparer tous les amputés, quels qu'ils soient, à des sujets sains de même âge. En effet, l'observation montre que ce sont les amputés de cuisse qui sont aptes à être atteints d'hypertension permanente. C'est d'ailleurs moins l'amputation en elle-même qui apparaît le facteur déterminant que la blessure des tissus nerveux. Sans méconnaître le rôle de l'infection qui suscite la sensibilisation allergique, la thyréotoxicose, l'auteur propose une nouvelle explication de l'hypertension consécutive à l'amputation de cuisse. Celle-ci se base sur la vaso-constriction des reins engendrée par les excitations subintrantes du moignon ; vaso-constriction qui, par l'ischémie relative qu'elle conditionne, libère la substance vaso-pressive rénale et aboutit au développement de l'hypertension artérielle.

Pour les amputés du membre supérieur, le même facteur sympathique entre en jeu, non plus sur le rein, mais sur le cœur, déterminant ainsi l'angine de poitrine dite réflexe et les infarctus du myocarde. Toutefois ces accidents redoutables sont plus exceptionnels que l'hypertension.

L'épidémie de variole de l'hiver 1941-1942. Point de vue épidémiologique. — MM. Tanon et Cambassèdès. — Cette petite épidémie fut extrêmement bénigne : sur 60 cas on n'eut que 3 morts à déplorer.

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE
STIMULANT HÉPATIQUE & BILIAIRE
GRANULÉ
Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude
LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp - PARIS (12e)

L'éruption fut toujours si discrète qu'elle passa inaperçue pour les premiers cas. Dans les cas où les pustules étaient un peu plus nombreuses, les symptômes généraux restaient bénins, et reproduisaient ce qu'on a appelé l'alastrym.

Les vaccinations faites immédiatement par les services d'hygiène des deux préfectures ont arrêté rapidement cette poussée épidémique.

Le premier cas a été identifié. Il s'agissait d'un homme qui voyageait beaucoup et qui avait été soigné pour une éruption varicelliforme. Il contamina deux de ses voisins à l'hôpital. Il n'y eut que trois petits foyers dont l'extension fut arrêtée par la vaccination.

Les auteurs signalent une particularité intéressante de la contagion. Plusieurs individus d'une salle ont pris la variole après s'être réchauffés autour d'une bouche de chaleur qui recevait l'air chaud d'un poêle situé dans la salle au-dessous où étaient soignés des varioleux.

Evaluation du pouvoir curatif des médications antisyphilitiques. — M. C. Levaditi.

Non-transmission du typhus exanthématique par piqûres de poux infectés. — MM. G. Blanc et M. Balthazard.

Rôle des ectoparasites humains dans la transmission de la peste. — MM. G. Blanc et M. Balthazard.

Séance du 27 octobre 1942

Notice nécrologique sur M. Tournade, correspondant national. — M. Courrier.

Besoins des débiles et des prématurés en phosphore, en calcium et en vitamine D. — M. L. Ribadeau-Dumas et Mlle S. Mignon. — Sur 79 enfants ayant fait l'objet d'un examen complet, 43 présentaient des signes de rachitisme ou de tétanie, 75 des anomalies humorales, il y avait donc 32 rachitiques latents. Il faut, pour arriver à la normale une quantité de phosphore et de chaux suffisante, des doses élevées de vitamine D dont la posologie pour être précisée, demande des examens répétés du sérum, même longtemps après le retour à une formule satisfaisante. Avec le phosphore et le calcium seuls, il est exceptionnel que l'enfant présente un état satisfaisant. On observe d'ailleurs de grandes variations individuelles.

Traitement des plaies, des brûlures, des ulcères et des maux perforants chez les lépreux. — M. V. Chorine a essayé le para-amino-phényl-sulfamide pour le traitement des diverses lésions cutanées chez les lépreux à l'Institut Central de la Lèpre de l'A. O. F., à Bamako. Il résulte de ses recherches que le para-amino-phényl-sulfamide, dont la mise en lumière des propriétés thérapeutiques est due aux travaux de M. et Mme Tréfouël, Nitti et Bovet, permet, dans la plupart des cas, de guérir rapidement ces plaies et, par conséquent, diminue grandement le danger de contagion.

Analyse génétique d'une famille entachée de tuberculose pulmonaire. — MM. Troisier, Brouet et Van der Stegen proposent d'introduire pour l'étude pathogénique de la tuberculose de l'adulte l'analyse génétique dans le cadre familial. Les familles choisies doivent obligatoirement comporter un conjoint tuberculeux indemne et l'autre sain. Les enfants doivent également comporter des sujets sains, d'autres malades ; ils doivent enfin avoir dépassé franchement l'âge de la puberté. Les caractères génétiques : couleur des iris, aspect des cheveux, groupes sanguins, etc., ainsi que les aspects morphologiques sont étudiés en rapport avec la sensibilité au virus tuberculeux en vue de trouver une liaison entre eux dans le cadre familial. Les auteurs exposent à ce propos l'analyse génétique singulièrement suggestive d'une famille répondant à ce programme d'étude.

Comas mortels avec hypoglycémie au cours des œdèmes de dénutrition. — MM. H. Gounelle, J. Marche, M. Bachet et R. Digo. — M. Gounelle et ses collaborateurs ont pu observer en milieu asilaire un type de comas assez particuliers qu'ils rapprochent des récentes observations de MM. Lhermitte et Sigwald. Survenant chez de grands dénutris œdémateux, à un stade avancé de l'évolution, ces comas sont annoncés par un état d'asthénie extrême se transformant plus ou moins rapidement en une torpeur profonde. Le tableau clinique réalisé est bien spécial, associant à un collapsus généralisé et à des troubles respiratoires avec pauses prolongées une perte totale de la motilité, de la sensibilité et de la conscience, des contractures plus ou moins intenses et parfois un signe de Babinski. Cette symptomatologie est d'ailleurs variable d'un sujet à l'autre et au cours de l'évolution, mais la mort intervient toujours en quelques heures.

Dans cet état, l'hypoglycémie est remarquable. Dans un cas on trouvait successivement, six jours avant le coma 0 gr. 77, au seuil du coma 0,47 et en plein coma 0,38 ; dans un second cas, en plein coma 0,37.

Les auteurs rappellent qu'ils ont envisagé à plusieurs reprises une participation neuro-végétative et endocrinienne, notamment hypophysaire, dans le déterminisme des œdèmes de dénutrition ; les constatations anatomiques de MM. Lhermitte et Sigwald faites dans des cas semblables plaident en ce sens. L'hypoglycémie est-elle le témoin de la disparition des réserves glycogéniques de l'organisme et la cause véritable de ces comas ou indique-t-elle la grave déchéance polyendocrinienne qui semble accompagner les états avancés de dénutrition.

Capture et destruction des corbeaux, pies et autres oiseaux nuisibles aux récoltes. — M. Daude. — (Prés. faite par M. Coutière).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1942

Un cas de gangrène cutanée extensive. — MM. Gasne et Fabre. — Rapport de M. Wilmoth.

Un pancréas accessoire pylorique. — MM. du Bourguet et Bergé. — Rapport de M. Wilmoth.

A propos de vingt observations d'ablation du premier ganglion sympathique lombaire par voie sous-costale. — M. Chalnot. M. S. Blondin.

Eventration diaphragmatique. — M. Bréchot a opéré un cas de cette affection exceptionnelle ; une double plicature amena la sédation de tous les troubles fonctionnels.

Tumeur du corpuscule inter-carotidien. Ablation. Résection de la fourche carotidienne. — M. de Fourmestreaux fit sans incident l'exérèse chirurgicale de la tumeur dont l'examen histologique montra qu'elle était en voie de dégénérescence maligne. L'auteur conclut à la primauté du traitement chirurgical en présence des tumeurs du glomus, malgré les dangers cérébraux qu'elle fait courir si l'on doit sacrifier la voie artérielle.

M. Chevassu défend la thèse de l'abstention en raison de la fréquence de la bénignité histologique.

Remarques sur le traitement des épithéliomes remaniés de la parotide. — M. Redon a observé plus de 30 % de récidives après les interventions chirurgicales ; plus de la moitié des récidives apparaissent dans les quatre premières années ; histologiquement, Delarue a constaté à distance de la tumeur principale des foyers microscopiques. M. Redon défend donc la parotidectomie totale dans la majorité des cas ; presque toujours on peut conserver le facial en totalité ou dans sa branche supérieure. L'examen histologique extemporané n'est utilisé par l'auteur que dans les tumeurs juxtafaciales pour savoir s'il faut délibérément sacrifier ce nerf ou à tout prix le conserver.

M. Sicard n'a eu aucune récidive sur huit cas qu'il a traité par parotidectomie subtotale, c'est-à-dire en laissant le lobe profond de la parotide.

M. Sénèque souligne la difficulté en présence d'une récidive de savoir la nature bénigne ou maligne de celle-ci.

M. Roux-Berger revient sur les échecs de l'énucléation ; l'énucléation laisse toujours un bord de la tumeur ce qui explique la repullulation *in situ*. D'autre part certaines tumeurs malignes au début ont tout à fait l'aspect d'une tumeur mixte ; il faut donc faire des parotidectomies totales.

MM. Brocq et Truffert se rallient à la parotidectomie totale.

Le traitement spécifique
— de l'alcalose —

ACTIPHOS

Laboratoire ROGER BELLON
78bis, Avenue Marceau, PARIS (8e)
24, Chemin de St-Roch, AVIGNON

Ordre des Médecins

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins ayant donné sa démission il y a un mois environ, cette décision a soulevé des commentaires qui ont décidé le Conseil à publier le communiqué suivant.

Ordre du jour
voté par le Conseil départemental de la Seine
le 5 octobre 1942

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins estimant que les motifs qui ont déterminé sa démission persistent, maintient cette démission.

Prend acte de l'hommage rendu au Dr Drouet par la lettre ministérielle du 1er octobre 1942.

Tenant compte de la nécessité de maintenir dans les graves circonstances actuelles, la défense de l'intérêt général.

Décide, à la demande du Ministère de la Santé publique, d'assurer le fonctionnement des services jusqu'à la désignation de ses successeurs, prévue par la loi du 10 septembre 1942.

Pour le Conseil de l'Ordre :
Le Secrétaire Général.

D'autre part, M. le Secrétaire d'Etat à la Santé publique nous a adressé, le 10 octobre 1942, la note suivante :

Le Secrétaire d'Etat a la Santé communique :

Des bruits divergents ont couru sur la démission de Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins. Le Secrétaire d'Etat à la Santé est en mesure d'apporter les précisions suivantes :

Au cours des trois derniers mois écoulés, deux Conseils départementaux seulement ont adressé au Secrétaire d'Etat leur démission. Ce sont :

Le Conseil de la Loire-Inférieure, qui a démissionné à la date du 28 juillet 1942, à la suite d'un différend d'ordre intérieur survenu entre le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins et lui.

Le Conseil de la Seine, qui a démissionné à la date du 17 septembre 1942, dans un geste de solidarité envers l'un de ses membres, frappé d'une sanction administrative pour une cause d'ailleurs sans rapport avec sa pratique professionnelle ou sa moralité.

Toutefois, afin de permettre la continuation sans heurts de leur œuvre, et dans un but d'apaisement moral, les deux Conseils ont bien voulu, à la demande du Secrétaire d'Etat à la Santé, accepter de continuer à exercer leurs fonctions jusqu'à l'installation des Conseils prévus par la loi du 10 septembre 1942, parue au *Journal Officiel* du 18 septembre 1942.

Le Secrétaire d'Etat :
Dr Grasset.

Inspection des ouvriers

Chargé par le Conseil Supérieur de désigner des médecins pour l'inspection des ouvriers, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins prie tous les confrères que cela peut intéresser de s'adresser de toute urgence, 242, boulevard Saint-Germain.

Il compte sur la compréhension des confrères pour lui faciliter cette tâche qui lui incombe.

Suppléments de charbon

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins rappelle les conditions dans lesquelles doivent être établis les certificats médicaux pour l'obtention du « supplément de charbon-maladie ».

1° La mention diagnostic n'a pas à figurer.

2° Le certificat médical doit spécifier :

Soit qu'il s'agit d'une affection aiguë fébrile d'une durée égale ou inférieure à 8 jours.

Soit d'une affection aiguë fébrile d'une durée comprise entre 8 et 15 jours.

Les médecins sont priés de se conformer à ces instructions.

Congrès

Le Congrès du Groupement Corporatif Sanitaire français a eu lieu les 3 et 4 octobre à Paris. La première journée a été consacrée à des séances d'études des médecins, des praticiens de l'art dentaire et des pharmaciens.

Le deuxième jour, après un banquet confraternel, une séance très importante a clôturé les travaux du Congrès. Comment se diriger « vers la corporation sanitaire », tel a été le thème traité par les orateurs. On entendit M. Ambert, docteur en pharmacie, le Professeur Besombes, de l'Ecole dentaire, le Dr Vignard, chirurgien des hôpitaux de Lyon, le Professeur Aubertin, de Bordeaux et enfin le Dr Paul Guérin, le brillant et énergique animateur du groupement. Les orateurs analysèrent les causes du malaise croissant de la profession, ils critiquèrent certaines mesures prises par le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins, ils exprimèrent leurs appréhensions devant la fonctionnarisation progressive de la corporation sanitaire. Enfin l'organisation corporative fut envisagée sous tous ses aspects.

Naissances

Le Dr et Mme Pierre Lance sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils Emmanuel. Paris, 16, rue de Phalsbourg, 22 septembre 1942.

— Le Dr et Mme Lucien Rouquès font part de la naissance de leur fils Jean-François. Paris, le 20 septembre 1942.

Nécrologie

Pendant les vacances est décédé le Professeur Gaudier (de Lille). Nous rappellerons qu'il a, par ses travaux, contribué à établir et à diffuser pendant la guerre de 1914-1918 l'admirable méthode chirurgicale de la réunion primitive des plaies à laquelle des milliers de blessés doivent leur guérison.

— Le Dr Maurice Klippel, médecin honoraire des hôpitaux. Tous ceux qui eurent l'honneur d'être ses élèves conserveront un respectueux souvenir de ce savant à l'esprit véritablement encyclopédique qui fut à la fois un éminent clinicien et un grand neuropsychiatre.

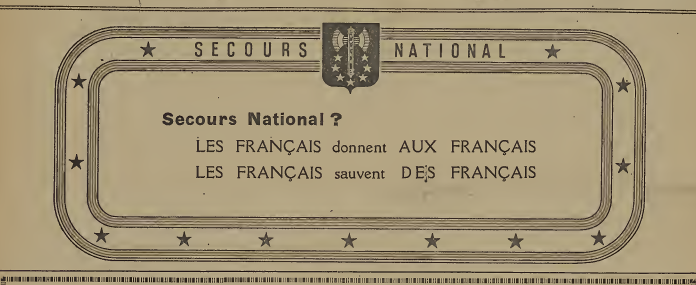
— Mme le Dr Suzanne Dejust-Defiolle, décédée à Ozouer-sur-Loire. Nous adressons à son mari, le Dr Dejust, l'expression de notre très profonde sympathie.

— Mme Charles Desprez, née Suzanne Perdereau, étudiante en médecine, décédée au Mans.

— Le Dr Grange, tombé victime du devoir professionnel dans son service d'hôpital lors du bombardement du Creusot.

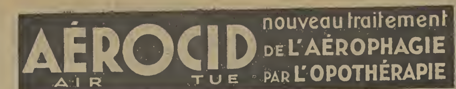
Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)



DIGIBAÏNE
COMPLEXE TONI-CARDIAQUE
ASSOCIATION DIGITALINE-OUABAÏNE
LABORATOIRES DEGLAUDE, 15, boulevard Pasteur - PARIS-XVe

Cette RIGUEUR de préparation que vous appréciez dans
l'ENDOPANCRINE
INSULINE FRANÇAISE
vous la retrouverez dans
l'HOLOSPLÉNINE et dans l'ENDOTHYMUSINE
EXTRAIT DE RATE INJECTABLE — EXTRAIT DE THYMUS INJECTABLE
Laboratoire de l'ENDOPANCRINE, 48, rue de la Procession - Paris-XVe



un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

OPOCERES Reconstituant Biologique général — 1 à 4 comprimés par jour

LABORATOIRES DE L'AEROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS-8e



FLÉTAGEX

POMMADE VITAMINÉE

Plaies atones
Escarres
Brûlures
Eczémas

INJECTION SOUS-CUTANÉE de 1 centicube POUR DÉBUTER, puis 2 centicubes

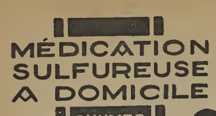
BOITES DE SIX AMPOULES DE 2cc

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON

GYNECO VACLYDUN

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME



RHUMES, CATARRHES, BRONCHITES, ENROUEMENTS, MALADIES DU NEZ GORGE & BRONCHES MALADIES DE LA PEAU ETC.

SULFUREUX POUILLET

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EN BOISSON
Une mesure pour 1 verre d'eau sulfureuse.
Échantillon sur demande.

EN BAINS
1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS
1 à 2 compr. par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS.

Dyspepsie
Gastralgie
Hyperchlorhydrie

Sel de hunt

laboratoire Alph. Brunot,
16, rue de boulainvilliers,
paris-xvie

Viosten

Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines



Pour avoir récolte au verger faut de bonne heure le fortifier

Deficiences organiques

Comprimés • Injections de 1 c.c. • Granulés

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19

CONSTIPATION

REEDUCATEUR DE L'INTESTIN
AUCUNE ACCOUTUMANCE
LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN - PARIS



DOSES et MODE D'EMPLOI
1 à 6 comprimés par jour aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés

LACTOBYL

25

HORMONES II

N° 34. — 10 NOVEMBRE 1942 — 115e ANNEE — Ce numéro : 5 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr.; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

FACULTÉ DE PARIS

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours pour deux places d'assistant d'obstétrique. — Ont été déclarés admissibles : MM. Landrieu, Richard, Robey et Jamain.

Concours pour la nomination à deux places d'assistant de stomatologie. — Jury. Stomatologistes : MM. René Marie, Houzeau, Lacaisse, Crocquefer, Raison, Lebourg, Thibault. — Médecin : M. Decourt. — Chirurgien : M. Wilmoth.

Concours pour la nomination à huit places d'attaché d'électro-radiologie. — Jury. Electroradiologistes : MM. Delherm, Gally, Mallet, Aimé, Ronneaux, Nadal, Surmont.

Prix Fillioux. — Un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les MALADIES DE L'OREILLE. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours. Exceptionnellement, en 1943, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1943 le concours sera ouvert le lundi 1er mars 1943. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration Centrale (Service de Santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze heures à dix-sept heures, du 4 au 12 janvier 1943 inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mardi 12 janvier 1943, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1943, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le Dr Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration Centrale (Bureau du Service de Santé) le 1er mars 1943, au plus tard. MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le Concours des Prix de l'Internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Direction Régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris. — Les trois concours suivants : Médecin phtisiologiste de l'hôpital Saint-Germain, ophtalmologiste de l'hôpital de Saint-Germain, ophtalmologiste de l'hôpital de Melun sont ajournés et reportés à une date ultérieure.

Concours de médecin adjoint de l'hôpital de Fontainebleau. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. le Dr Fumery.

Prix de l'Académie Duchenne-de-Boulogne. — Le prix 1942, de 5.000 francs, décerné par l'Académie Duchenne-de-Boulogne, à un travailleur indépendant, de nationalité française, dont l'œuvre ou la création, ayant trait aux sciences médicales, sera jugée la meilleure, sera attribué dans le courant de janvier 1943.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, dactylographiés en double exemplaire, devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris, avant le 1er janvier 1943.

Hôpitaux de Province

Marseille. — Après concours, M. Jean Bonnet a été nommé dermatologiste des hôpitaux de Marseille.

Nancy. — Ont été nommés internes des hôpitaux de Nancy, à la suite du concours de 1942 : MM. Dambrine, Bello, Mlle Hadot, MM. Lochard, Simonin, Faivre, Cayotte.

Sont nommés externes en premier : Mlle Troublaievitch, MM. Henry, Daeschler.

Ont été nommés externes des hôpitaux de Nancy, à la suite du concours de 1942 : MM. Arnould, Lesure, Senot, Mlle Fleurent, M. Beurey, Mlle Perreau, M. Seyot, Mlle Servais, M. Sadoul, Mlle Renaux.

Faculté de Médecine de Paris

Clinicat. — Sont proposés : Clinique Médicale Bichat : M. Sérane. — Clinique Chirurgicale Cochin : MM. Chalochet et Sagaut. — Clinique des Maladies Mentales : MM. Fouquet, Follin (autorisé à concourir conditionnellement) et Duchêne (neuro-psychiatre). — Clinique otorhino-laryngologique : M. Torre.

— Est déclarée vacante la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

(*J. O.*, 14 octobre 1942.)

Facultés de Médecine de Province

Bordeaux. — La séance de rentrée de l'Université a été marquée par un discours de M. le doyen Pierre Mauriac qui a défini en termes d'une rare élévation les devoirs qui s'imposent aujourd'hui aux étudiants.

Marseille. — M. Jean Piery, agrégé, a été à nouveau chargé de l'enseignement de l'hydrologie clinique et thérapeutique.

Ecoles de Médecine

Angers. — M. Naulleau, professeur de pathologie chirurgicale a été chargé provisoirement des fonctions de professeur de clinique chirurgicale.

M. Perreau a été chargé des fonctions de professeur suppléant de clinique et pathologie médicales.

M. C. R. Martin, professeur suppléant d'anatomie a été chargé des fonctions de professeur suppléant d'anatomie et physiologie.

Clermont-Ferrand. — M. Merle, professeur de clinique médicale, a été nommé directeur pour trois ans, en remplacement de M. Castaigne, retraité.

Médaille d'honneur des épidémies

MÉDAILLE D'OR A TITRE POSTHUME. — M. le Dr Guimard, à Tiercé (Maine-et-Loire) ; Mlles Bodson, assistante sociale à Paris ; Le Tersec, assistante sociale à Gennevilliers ; Taillardat, infirmière à l'hôpital civil français de Tunis.

MÉDAILLE DE VERMEIL. — M. le Dr Kulszewski, à Bou-Maine (Maroc) ; M. Balozet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis ; Mme le Dr Germa Sparow, chef de laboratoire et M. Islin, chef de service à l'Institut Pasteur de Tunis.

MÉDAILLE D'ARGENT. — MM. les Drs Ollé, à Toulouse ; Geoffroy, à Hortes (Haute-Marne) ; Bernaix, à Berkane (Maroc) ; Faraj Abdelmaleck, à Taza ; Frits, à Martimprey du Kiss ; Fulcrand, à Matmata ; Maillelert, à Goulmine ; Niger, à Djérada ; Rémy, à Mechra-Bel-Ksiri (Maroc) ; Julien Huber, médecin-chef de service à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris ; Duverger, à Zaghouan.

MÉDAILLE DE BRONZE. — MM. les Drs Bec, Dulour, Lembrez, Petit, Provansal, à Marseille ; MM. Bourdoncle et Geiard, externe des hôpitaux de Marseille ; M. Béchard, interne à l'hôpital Sabatié, à Libourne ; M. le Dr Calard, à Montrevault (Maine-et-Loire) ; Mlle Fontaine, externe en premier à l'hôpital de Lille ; Mlle Ardillier, M. Duranteau et M. Pertusier, externes à l'hôpital des Enfants-Assistés à Paris ; Mlle Hatt, externe à l'hôpital Trousseau à Pa-

LENIFEDRINE

Solution Aqueuse

NON CAUSTIQUE

ÉCHANTILLONS : 26, RUE PÉTRELLE, PARIS (9e)

ris ; Mlle Oswald-Durand, externe à l'hôpital Saint-Louis à Paris ; M. le Dr Loraux, à Coulommiers ; M. German, interne à l'hôpital de Draguignan ; MM. les Drs Abrassart, à Settat ; Corcuff, à Tiznit ; Deligne à Port-Lyautey ; Michaud, à Taza (Maroc).

Médaille d'or (A titre posthume) : M. Thomas (Emile-André), médecin lieutenant de réserve, région de Paris, stalag I-B, n° mle 55941.

Médaille de vermeil (A titre posthume) : M. Delaoutre (Paul), médecin auxiliaire, 3e section d'infirmiers militaires, stalag III-B, n° mle 15497. — M. Abramovici (Oscar), médecin auxiliaire, 14e section d'infirmiers militaires, stalag III-A.

Médaille d'argent. — M. Mayer (Georges), médecin lieutenant de réserve, 20e région, oflag IV-C, n° 63-VI-D. — M. Fishgrund (André), médecin lieutenant de réserve, 6e région, oflag IV-C. — M. Weil (René), médecin lieutenant de réserve, 20e région, stalag IV-B. — M. Bourgeot (Paul-Aimé-Louis), médecin lieutenant d'active, stalag I-B. — M. Léger (Jacques-Henri), médecin sous-lieutenant de réserve, 4e région, stalag II-E. — M. Blanchard (Paul-Laurent), médecin auxiliaire, 16e section d'infirmiers militaires, stalag IV-G, n° mle 1493. — M. Landau (Hermann), médecin auxiliaire, 22e section d'infirmiers militaires, stalag XI-A, n° mle 4053. — M. Barbier (Noël-Léo), médecin auxiliaire, 14e section d'infirmiers militaires, stalag IX-C, n° mle 6890, kommando 436.

Médaille de bronze. — M. Zarachovitch (Marcel), médecin lieutenant de réserve, région de Paris, oflag IV-C et stalag 325. — M. Abramovici (Michel), médecin auxiliaire, 22e section d'infirmiers militaires, stalag III-B. — M. Coppéré (Henri), médecin auxiliaire, 13e section d'infirmiers militaires, stalag X-B, n° mle 75218.

Guerre

Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'école du service de Santé à la suite des épreuves du concours de 1942.

Sont nommés élèves de l'école du service de santé :

I. — Section : Médecine troupes métropolitaines.

a) Catégorie : 8 inscriptions. — MM. Pierre, Chenillet, Pardé, Déplanche, Conforto, Thalabard, Distinguin, Lallemand, Amat, Sicre, Lesage, Gillet Béréni, Lépagney, Grégoire, Reynier, Marx.

b) Catégorie : 4 inscriptions. MM. Galan, Bernot, Forestier, Vellutini, Charvet, Sérizier, Tomart, Miaille, Cabanon, Asquasciati, Vacher, Barthe, Raveleau, Bonjean, Drouin, Duplan, Guidicelli, Gauthier-Lafaye, Nicolas, Armstrong, Merz, Ereaud, Langard, Banc, Larribaud, Pomarède, Quentin, Carrère, Barberet, Pon, Pousse, Loup, Nicolaï, Chambon, Weber, Filliou.

c) Catégorie : P. C. B. MM. Pernod, Lapeyre, Escafit, Py, Perrenx, Mathé, Poirier, Corré, Baurès, Pecker, Dion, Meusnier-Delaye, François, Titon, Mignard, Joyaux, Bailly, Bourgeois, Hébrard, Guillot, Picard-Maureau, Peters, Salins, Félix.

II. — Section : Médecine troupes coloniales.

a) Catégorie : 4 inscriptions. MM. Honorat, Millet, Becker, Illes, Beaurain, Gilbert-Desvallons, Grousset, Baylet, Marchesseau, Aldebert.

b) Catégorie : P. C. B. MM. Reboul, Bezes, Burnod, Couzoureux, Touzé, Guérin, Peyron, Lesage, Iehl, Lande.

(J. O., 18 octobre 1942.)

Santé

Citation à l'ordre de la Nation. — Le Gouvernement cite à l'ordre de la Nation : M. le Dr Grange, médecin au Creusot. N'a cessé d'apporter à la classe ouvrière de cette importante cité le secours de sa science médicale et de son absolu dévouement. Père de cinq enfants, exemple de toutes les vertus familiales, de grande compétence et d'une haute valeur morale, a trouvé une mort glorieuse à l'Hôtel-Dieu du Creusot dans l'accomplissement de son devoir professionnel. A bien mérité de la patrie.

Fait à Vichy, le 31 octobre 1942.
Le Secrétaire d'Etat à la Santé :
Raymond Grasset.

Académie des Sciences. — M. Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, a été élu membre de l'Académie des Sciences, en remplacement de M. d'Arsonval.

Académie de Médecine. — MM. Perrin (de Nancy) et Pelges (de Bordeaux) ont été élus correspondants nationaux dans la section de médecine.

Muséum National d'histoire naturelle. — M. Urbain, assistant du directeur du Muséum, a été nommé directeur de cet établissement pour une période de cinq ans en remplacement de M. Germain, décédé.

(J. O., 4 novembre 1942.)

Association Générale des Médecins de France. — Bourses familiales du Corps Médical. — Le Corps Médical apprendra avec gratitude la généreuse initiative du Dr Roussel.

Les dix bourses de dix mille francs créées par le Dr Roussel et mises à la disposition de l'Association générale des Médecins de France en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt, vont être distribuées pour l'année 1942.

Les demandes doivent être adressées au siège de l'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), pour le 1er décembre au plus tard.

Les confrères et les veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1942.

En raison des détresses si nombreuses et si émouvantes qui frappent actuellement certaines familles médicales, le Dr Roussel y ajoute, pour cette année, cinq bourses de la même valeur destinées plus particulièrement aux femmes de médecins prisonniers que l'absence prolongée du soutien de famille met dans une situation pénible.

Journées dentaires de Paris. — Ces journées se tiendront du 26 au 29 novembre 1942 inclus, à l'occasion du cinquantenaire de la création du titre de chirurgien-dentiste. La séance inaugurale aura lieu le 26 novembre, à 20 h. 45, dans le Grand Amphithéâtre de l'École Odontotechnique, 5, rue Garancière (6e), sous la présidence de M. le Professeur Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine.

Voir la suite des Informations page 434

Loi du 19 octobre 1942 limitant le nombre des étudiants en médecine

Article premier. — Le Ministre Secrétaire d'État à l'Education Nationale arrête chaque année, en tenant compte des besoins prévisibles, après avis du Secrétaire d'Etat à la Santé et du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le nombre des étudiants autorisés à prendre la première inscription en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine dans chaque faculté ou école.

Le contingent attribué à chaque faculté ou école est fixé d'après le nombre des étudiants ayant obtenu dans la même université le certificat exigé par l'article 2 du décret du 6 mars 1934 au cours de l'année scolaire précédente.

Art. 2. — La présente loi sera appliquée à partir de l'année scolaire 1944-1945.

Pour l'année scolaire 1943-1944 le nombre des étudiants admis à s'inscrire dans chaque faculté ou école, tant en première qu'en deuxième année, ne pourra dépasser le nombre des étudiants qui y ont été inscrits au début de l'année scolaire 1937-1938.

Art. 3. — Les modalités d'application de la présente loi seront fixées par décrets.

(J. O., 27 octobre 1942.)

Renseignements

Centre d'Etudes de la Fondation d'Heucqueville, 85, boulevard Montmorency (16e). Le Dr Georges d'Heucqueville a repris ses consultations du jeudi, sur rendez-vous (Maladies héréditaires et familiales. Enfants anormaux).

Mariage

Mme Raymond Diriart fait part du mariage de son fils, le Dr Henri Diriart, assistant de puériculture à l'Hôpital Baudelocque, médecin de l'Hôpital d'Argenteuil, avec Mme Henri Fontaine. La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité le 21 septembre 1942, en l'Eglise Saint-Pierre-de-Chaillot.

Le Dr H. Roulland et Mme H. Roulland font part du mariage de Mlle Elisabeth Roulland, leur fille, avec M. Abel Denizot, Croix de guerre, sous-chef de bureau au Ministère des Finances. Le mariage a été célébré le 30 octobre 1942 (15, avenue d'Orsay, Paris-7e).

Nécrologie

Nous apprenons avec une bien vive peine la mort, survenue à Paris, en son domicile, 33, rue Saint-Guillaume, du Dr Jean-Charles Roux, ancien interne des hôpitaux de Paris, l'un des maîtres indiscutés de la Gastro-entérologie française. Ses obsèques ont eu lieu le 10 novembre au temple de l'Oratoire.

Dans ce journal où Jean-Charles Roux fit ses débuts aux côtés d'Albert Mathieu, nous conserverons un pieux souvenir de l'éminent et bien cher collègue auquel tant de nous ont eu recours sans jamais lasser sa patiente et fidèle amitié.

Que Madame Jean-Charles Roux veuille bien trouver ici l'hommage de la très respectueuse sympathie avec laquelle nous nous associons à sa douleur et à celle de ses fils.

F. L. S.

Le jeudi 22 octobre 1942, le Secrétaire d'Etat à la Santé, délégué spécialement par le chef du Gouvernement, a assisté aux obsèques des victimes du bombardement du Creusot. En particulier, il a conduit le deuil pour les obsèques du Dr Grange, tué à l'Hôtel-Dieu et auquel le Gouvernement avait décerné, à titre posthume, la Croix de Chevalier de la Légion d'honneur.

Le Maire du Creusot et le Corps Médical de la ville accompagnaient le Dr Grasset dans cette douloureuse cérémonie.

On annonce la mort du Dr Edmond L. Gros, ancien médecin chef de l'Hôpital américain de Paris, décédé à Philadelphie le 18 octobre 1942.

— Du Dr Villechaise, vice-président du Conseil de l'Ordre du Var.

— Du Dr Henri Coussieu, O.-R.-L. à Brive, il était le père du Dr Pierre Coussieu, ancien interne des hôpitaux de Paris et le beau-père du Dr Pelisse.

— Du Dr Joseph Landowski, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— Du Dr Léon Leroux, à Paris.

SINAPISME
RIGOLLOT
RÉVULSION RAPIDE ET SÛRE
POUDRE DE MOUTARDE
RIGOLLOT
POUR USAGE MÉDICAL
Cataplasmes sinapisés - Grands Bains
Bains de Pieds
Vente en gros :
DARRASSE, Phcien, 13, rue Pavée, PARIS
R. C. 17.602

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-X°

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR

DIURÈNE

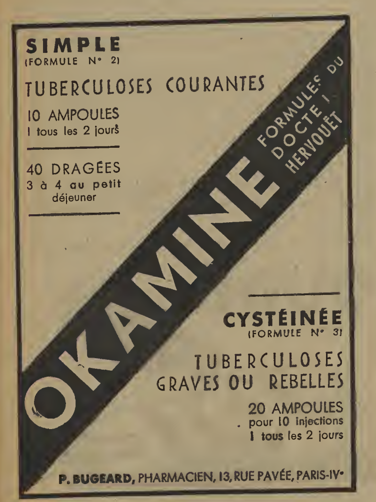
EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris







FLUXINE
Gouttes et Dragées

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE
PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE
ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVI°

Pour assurer l'alimentation régulière du nourrisson

PÉLARGON de NESTLÉ
à étiquette ORANGE

lait en poudre pour nourrissons acidifié - additionné par avance de sucre et farine.

"C'est le lait en poudre antidyspeptique par excellence"

Le PÉLARGON offre toutes garanties : Composition constante - Digestibilité due à l'acidification - Pas d'erreur de dosage - Préparation immédiate et facile, sans cuisson, par simple dissolution dans l'eau bouillie.

N. B. Pour les nourrissons malades ou exigeant un dosage spécial des hydrates de carbone, Nestlé prépare le PÉLARGON simple, à étiquette verte, sans sucre ni farine.

Produits NESTLÉ fabriqués actuellement :
Lait concentré sucré
Lait en poudre acidifié PÉLARGON
Babeurre en poudre ÉLÉDON
Farine Lactée
Farine sans Lait
aliments de sécurité.

NESTLÉ - PARIS

BOLDINE HOUDÉ
GRANULES TITRÉS A 1 milligramme — 3 à 6 par jour

ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

FOIE

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

REVUE GENERALE

LES OSTÉO-ARTHROPATHIES TABÉTIQUES

PAR

Gilbert Blaquière, *Interne des Hôpitaux de Montpellier.*

Jean Etienne, *Interne des Asiles de l'Hérault.*

HISTORIQUE

Charcot a étudié le premier en 1868 les ostéo-arthropathies tabétiques et en a donné une description détaillée. C'est à juste titre que les auteurs anglo-saxons parlent de la « Maladie articulaire de Charcot » pour désigner les arthropathies tabétiques.

De nombreux auteurs par la suite se sont occupés de cette question, parmi lesquels : Feri, P. Marie, Dejerine, Brissaud, Babinski et Barré.

Récemment on est revenu sur l'étude des ostéo-arthropathies tabétiques, particulièrement Alajouanine et plusieurs de ses élèves, entre autres Mauric. Ils ont rapproché la pathogénie des arthropathies tabétiques de celle proposée par Leriche pour les troubles osseux post-traumatiques, telle la maladie de Kummel-Verneuil, qui ont été rangés sous le nom d'ostéoporose sympathique post-traumatique.

Les études cliniques de Gangolphe et Destot ont montré que les manifestations articulaires pouvaient être le premier signe d'un tabes incipiens.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il ne s'agit pas de lésions articulaires pures, mais d'ostéo-arthropathies.

Les éléments osseux péri-articulaires sont atteints et peut-être sont-ils les premiers lésés.

I. — Lésions osseuses :

Elles peuvent revêtir deux types essentiels qui sont rencontrés isolés ou associés l'un à l'autre, cas le plus fréquent.

A. — *La forme atrophique* est bien moins fréquente dans le tabes que dans la syringomyélie. Les extrémités articulaires sont détruites par un processus d'ostéite raréfiante qui érode l'os et transforme les extrémités articulaires en des moignons « en baguettes de tambour ». Les différentes saillies normales sont détruites et la mécanique articulaire est profondément perturbée.

B. — *La forme hypertrophique* est plus fréquente. Elle est caractérisée par une prolifération exagérée et désordonnée du périoste aboutissant à un accroissement périphérique irrégulier, à une ceinture d'ostéophytes. Ces néoformations osseuses altèrent également la mécanique articulaire.

« Le caractère essentiel » des lésions osseuses tabétiques est l'association dans la même extrémité osseuse d'une hyperostose périphérique, avec une nécrose osseuse centrale qui agrandit le canal médullaire et fragilise l'os.

Les hyperostoses périphériques ne compensent pas cette perte de la solidité car l'os néoformé est fragile et casse avec une très grande facilité.

C. — *L'évolution anatomique* peut encore se faire *en deux temps*, d'abord un stade d'hyperaccroissement osseux qui est suivi secondairement d'un stade d'atrophie.

Certains auteurs (Barré) pensent qu'il y a un rapport entre la forme des lésions osseuses et la constitution anatomique normale de l'articulation. Le type atrophique ou hypertrophique serait commandé par la richesse en franges de la synoviale de l'articulation considérée (genou et cou-de-pied : riches en franges, type hypertrophique ; hanche et épaule : pauvres en franges, type atrophique).

D. — *Lésions microscopiques.* — Le microscope montre une raréfaction marquée des trabécules osseuses avec altérations des ostéoblastes, le tissu médullaire est lui-même atteint et se montre souvent en dégénérescence graisseuse.

Les processus ostéophytiques sont formés d'os altéré, ce qui explique leur extrême fragilité et les fractures multiples qui peuvent survenir sur des extrémités osseuses atteintes d'ostéopathie tabétique.

II. — Lésions des éléments articulaires :

A. — *Cartilages.* — Longtemps intacts au cours de l'évolution des arthropathies tabétiques, contrairement à ce qui se passe dans beaucoup d'arthropathies suppurées. Mais à la longue les troubles trophiques auxquels est soumise la région malade retentissent sur les cartilages articulaires qui présentent leur réaction habituelle, perdent leur poli, prennent l'aspect « pseudo-velvétique ». Parfois aussi, ils se décollent et constituent dans les cas extrêmes de véritables corps étrangers articulaires.

B. — *La synoviale.* — Sont état est un peu différent selon qu'on le considère sur des articulations ouvertes après amputation du membre, ou sur une articulation ouverte opératoirement.

Sur une articulation « morte » la synoviale est épaissie notablement, parfois de consistance cartonnée ; les franges synoviales sont épaissies, enfin on peut trouver tous les intermédiaires entre une articulation complètement sèche et un article contenant un liquide abondant qui peut quelquefois le distendre.

Sur une articulation examinée *in vivo* et surtout au début de l'évolution, la membrane synoviale apparaît congestionnée et sillonnée de vaisseaux. On trouve dans la plupart des cas une certaine quantité de liquide qui peut être séreux ou hématique.

Ce liquide peut devenir purulent (arthrites tropho-infectieuses).

Il peut aussi au cours de l'évolution distendre la synoviale au point qu'elle cède en un point de moindre résistance, et les tissus péri et para articulaires sont envahis par le liquide, donnant ainsi un aspect œdémateux aux téguments péri-articulaires.

C. — *Les ligaments.* — Tous les ligaments articulaires sont atteints, mais spécialement les ligaments intra-articulaires (le ligament rond à la hanche ou les ligaments croisés au genou). Ils sont érodés, distendus, parfois désinsérés de leurs attaches osseuses ou complètement rompus. Leur résistance est diminuée et leur rôle de contention articulaire est très compromis, d'où mouvements anormaux des articulations (membres de polichinelles).

D. — *Les muscles articulo-moteurs.* — Ceux-ci ne présentent pas les lésions, surtout atrophiques que l'on s'attendrait à y rencontrer, étant donné l'état de l'articulation.

III. — Lésions des parties molles péri-articulaires :

Elles peuvent être le siège d'infiltrations de liquide articulaire qui a rompu la synoviale.

L'examen microscopique est plus intéressant. C'est sur ses résultats que Barré a étayé une théorie pathogénique des arthropathies.

On trouve, en effet, des lésions typiques d'artérite (panartérite) et de phlébite oblitérante. La formule des infiltrations inflammatoires est celle de la syphilis (cellules rondes : plasmazellen et lymphocytes). Mais on n'a jamais trouvé la structure des formations gommeuses, et aucune coloration n'a jamais pu mettre en évidence la présence de tréponèmes.

Cependant Barré devant ces lésions en apparence spécifiques a pensé que les altérations vasculaires devaient être à l'origine des lésions ostéo-articulaires.

IV. — Lésions des centres nerveux :

Aucune différence n'a été trouvée entre les lésions présentées par les tabétiques arthropathiques et les autres. Les uns et les autres présentent de notables lésions des cordons postérieurs sans aucune modification particulière des centres nerveux cérébro-spinaux qui puisse faire penser qu'elle soit l'origine des arthropathies présentées par le malade.

On est revenu sur cette question au sujet de la pathogénie ; la localisation des lésions dans les centres nerveux a été discutée.

ETIOLOGIE

La fréquence des arthropathies au cours du tabes paraît être en décroissance et si l'on compare les premières statistiques de Charcot à celles de Erb qui sont ultérieures on a les chiffres de 10 % pour Charcot, 4 à 5 % pour Erb. A l'heure actuelle, dans les salles d'hôpitaux et même dans les hospices de vieillards on trouve peu de malades porteurs d'arthropathies tabétiques. Cette diminution de fréquence doit être sans doute mise sur le compte de la diminution même des cas de tabes qui se raréfie depuis qu'une thérapeutique correcte est appliquée à la syphilis.

La date d'apparition des arthropathies dans l'évolution du tabes est variable et doit se situer entre 1 et 10 ans après le début de l'atteinte médullaire. Les travaux récents de Gangolphe et Destot ont montré que les lésions articulaires peuvent apparaître dès le début du tabes. Ils ont individualisé des formes précoces d'arthropathies.

On a même signalé des cas où les manifestations articulaires sont le premier signe de l'atteinte des cordons postérieurs ou au moins, font découvrir et diagnostiquer un tabes incipiens. Tel est le cas d'Achard et Foix dans lequel on trouvait, associés à une arthropathie très caractéristique du genou, une simple aréflexie achilléenne et une légère lymphocytose rachidienne.

Le siège des arthropathies est variable. Elles prédominent au membre inférieur et dans l'articulation du genou ; viennent ensuite par ordre de fréquence les articulations du pied et la hanche. Au membre supérieur, l'épaule, le coude et le poignet.

Les atteintes vertébrales sont plus rares et elles constituent une des classes les plus intéressantes des faux maux de Pott. L'articulation temporo-maxillaire elle-même peut être touchée, on peut trouver enfin des formes de tabes poly-arthropathiques.

Les causes qui favorisent l'apparition et la localisation des troubles articulaires ne sont pas nettes.

Il semble que les articulations qui présentaient déjà une *atteinte d'arthrite sèche* soient plus facilement touchées. Le rôle du *traumatisme* a été discuté. Un rôle localisateur relatif semble être tout ce que l'on peut reconnaître à son actif. Pourtant pour les accidents du travail cette notion de traumatisme est importante dans les cas d'apparition ultérieure d'une arthropathie tabétique.

C'est surtout dans les formes sensitives avec peu d'ataxie mais très douloureuses (douleurs fulgurantes, crises viscérales) et avec des troubles trophiques tels le mal perforant plantaire que se manifestent avec prédilection les troubles articulaires.

Le sexe enfin a une influence relative et les femmes paraissent spécialement sujettes aux arthropathies (72 femmes pour 39 hommes).

PATHOGENIE

C'est le chapitre le plus discuté. De nombreuses théories ont été successivement proposées sur lesquelles nous dirons quelques mots avant d'en arriver à l'exposé de la conception récente.

I. — Pour Charcot le tabes provoquerait des lésions médullaires plus étendues que la lésion classique des cordons postérieurs. Ces altérations des centres nerveux seraient à la base des modifications articulaires qui ne constitueraient donc que des troubles d'ordre trophique, voisins du mal perforant plantaire. Cette théorie de Charcot que l'on peut appeler *neurotrophique* a été abandonnée.

II. — Hutchinson émit alors *sa théorie dite traumatique*. Les lésions articulaires seraient secondaires aux troubles de la sensibilité profonde. Du fait de l'anesthésie profonde, les divers éléments des articulations n'étant plus soutenus automatiquement par la réaction des muscles sont soumis à des micro-traumatismes multiples qui finiraient par les altérer profondément. Cette théorie a été attaquée par la découverte des formes précoces dans lesquelles les arthropathies existent malgré le peu d'importance des troubles sensitifs.

III. — Virchow et Volkmann pensaient qu'il s'agissait simplement de *rhumatisme chronique déformant chez les tabétiques.*

IV. — Pour Strumpell, Babinski et Barré les arthropathies ne seraient pas autre chose que des arthrites syphilitiques dont *l'allure serait un peu spéciale du fait de l'évolution du tabes* ; à l'appui de cette théorie Barré apportait les résultats d'examens anatomopathologiques : lésions spécifiques dans les tissus péri-articulaires et d'autre part la constatation fréquente d'un B. W positif dans le liquide articulaire.

Les cas d'arthropathies précoces au cours du tabes s'inscrivent contre cette théorie. Car le tabes au début ne peut à lui seul donner les caractères bien spéciaux des arthropathies tabétiques.

V. — Plus récemment on est revenu sur ces théories pathogéniques et on s'est rallié finalement, en ce qui concerne du moins le primum movens des lésions articulaires, *à la théorie nerveuse de Charcot.*

On considère en effet que les caractères bien spéciaux des lésions articulaires, leur coexistence avec des troubles trophiques (mal perforant plantaire, fractures spontanées), la concordance qui existe entre le niveau d'atteinte de la moelle et la hauteur des lésions articulaires (tabes : atteinte de la moelle dorso-lombaire, arthropathies des membres inférieurs ; syringomyélie, atteinte la plus fréquente de la moelle cervicale, arthropathies des membres supérieurs) plaident en faveur de l'origine nerveuse des troubles articulaires.

Ceci paraît tellement vrai que les auteurs ont alors cherché à *quel niveau de l'axe spinal* se trouvaient les lésions.

Pour Buzzard ce serait au niveau du bulbe ; pour Dejerine, une névrite des nerfs de l'articulation malade serait la cause première de l'arthropathie ; pour Etienne Charcot il s'agirait d'une véritable poliomyélite antérieure chronique qui retentirait sur l'articulation.

Mais depuis 1923, Foix et Alajouanine et leurs élèves (Thurel, Faulong) ont essayé d'établir la théorie de *l'origine sympathique et parasympathique des arthropaties nerveuses.*

Il arrive souvent qu'il y a dissociation entre la hauteur des lésions sur la moelle et la localisation des lésions articulaires.

D'autre part la recherche des troubles végétatifs sur les téguments des articulations malades a montré :

Des troubles vaso-moteurs ; œdème, rougeur locale plus ou moins accentuée, hyperthermie, hyper ou hypopulsatilité artérielle réagissant de façon paradoxale à l'épreuve du bain chaud ;

Des troubles sudoraux d'hyperhydrose ;

Enfin des troubles de la pilomotricité inconstants.

Ces troubles végétatifs paraissent évoluer en parallélisme avec les lésions ostéo-articulaires.

En partant de cette théorie sympathique on a voulu rapprocher ces arthropathies de la maladie de Kummel-Verneuil dont on sait que Leriche fait une ostéoporose sympathique post-traumatique.

Quoi qu'il en soit, il semble bien que le *processus* suivi par *les lésions osseuses* soit le suivant :

Les lésions des centres végétatifs médullaires amènent des perturbations vaso-motrices à type d'hypervascularisation par vaso-dilatation. La conséquence en est une ostéoporose qui constitue la première lésion, précédant l'arthropathie. Sur l'os ainsi fragilisé par le processus d'ostéoporose un traumatisme ou un faux mouvement amèneront un effondrement et on obtiendra ces membres de polichinelle que l'on voit en clinique.

Le mérite de cette théorie est de bien répondre aux faits et d'autre part d'avoir des conséquences thérapeutiques intéressantes.

Cette théorie s'applique également aux ostéo-arthropathies syringomyéliques.

ETUDE CLINIQUE

Le début des accidents articulaires est le plus souvent *brusque* avec une soudaineté remarquable et caractéristique, une articulation qui jusque-là était à peu près normale, passe à un état de dislocation complète. Le malade se couche sans remarquer rien d'anormal et le matin au réveil il s'aperçoit qu'un de ses genoux par exemple est devenu énorme et que son membre inférieur est ballant ; cela sans qu'il y ait ressenti de douleur et sans que les mouvements même anormaux soient douloureux. D'autres fois c'est pendant la journée, au cours de la marche, à l'occasion d'un faux pas, ou simplement après que le malade aura perçu un craquement dans son articulation que l'article se met à gonfler brusquement « avec une rapidité incroyable »

Cependant dans certains cas, l'installation de l'arthropathie est précédée de prodromes : craquements articulaires. Après quelques jours se constitue le tableau typique de l'arthropathie tabétique. De ces prodromes Babinski et Barré avaient tiré un argument en faveur de leur théorie pathogénique vasculaire, disant que les troubles légers de vascularite spécifique étaient la cause de ces craquements.

Rarement *le début* des arthropathies tabétiques peut être lent et insidieux et l'installation du tableau clinique typique peut être précédée de troubles variés : entorses à répétition, hydarthroses, impotence de degrés divers.

Enfin, depuis l'emploi plus répandu des examens radiologiques on a pu saisir le début des arthropathies avant qu'il ait la moindre expression clinique. C'est alors le stade préarthropathique.

L'examen radiologique nous montre un état de décalcification plus ou moins avancé des extrémités osseuses avec modifications de leur contour dues aux processus ostéophytiques mais sans que l'on y retrouve cette tendance nette à la condensation osseuse compensatrice observée dans l'ostéomyélite.

On a ainsi la possibilité de prévoir l'apparition des grosses déformations articulaires.

A la période d'Etat l'articulation malade se présente comme une grosse articulation. Le volume de l'article est augmenté dans des proportions parfois énormes pour deux raisons : présence de liquide dans l'articulation et prolifération désordonnée des trabécules osseuses qui, à la palpation des extrémités osseuses ne permettent plus d'en reconnaître les éléments anatomiques. Parfois le liquide s'épanche dans les tissus périarticulaires et donne alors à la région un aspect œdémateux blanchâtre, avec œdème mou élastique qui rappelle les membres éléphantiasiques. La peau est pâle, luisante, tendue, on y remarque parfois une circulation veineuse collatérale.

La palpation de l'articulation donne la sensation du « sac de noix » et la production de mouvements passifs toujours possible amène des craquements extrêmement importants. Cette mobilisation passive fournit la notion des mouvements anormaux dans l'articulation considérée.

Ces mouvements anormaux sont encore mieux mis en évidence en demandant au malade de se servir de son membre malade. Si c'est le genou qui est atteint, on voit à la station debout l'articulation prendre des positions absolument extraordinaires (genu valgum, varum, recurvatum) avec la plus grande facilité. Les mouvements actifs s'accompagnent aussi de craquements très importants ; il semble absolument paradoxal que les malades puissent marcher sur des membres pareillement disloqués. Ils y arrivent surtout parce que l'articulation est *complètement indolore*. C'est le caractère essentiel des arthropathies tabétiques. Il y a une anesthésie absolument complète et tous les mouvements imprimés à l'articulation ont lieu sans que le malade en ait conscience. Cette indolence articulaire a pour conséquence de permettre de faire des ponctions sans anesthésie, lorsqu'elles sont rendues utiles par l'abondance du liquides. Ces ponctions peuvent selon les cas ramener un liquide visqueux séro-fibrineux, ou hématique, ou franchement hémorragique, dans lequel le *Bordet-Wassermann est très souvent positif* (toujours, pour Barré) mais où l'on n'a *jamais trouvé de tréponèmes.*

L'examen clinique doit être complété par l'examen *radiologique* qui montre des extrémités osseuses. Elles sont érodées, déformées, très altérées, « mangées » présentant un flou uniforme dû à la décalcification.

Des aiguilles osseuses ont poussé de manière désordonnée de part et d'autre de l'article. D'après Wilhems l'atrophie osseuse serait plus spécialement marquée aux points de pression.

Enfin la radiologie met parfois en évidence des traits de fractures partielles qui n'avaient pas été décelés par l'examen clinique.

L'évolution des arthropathies tabétiques se fait : soit vers la *rétrocession* des déformations et la restitution au moins partielle de la fonction normale ; soit plus fréquemment vers *l'installation définitive des lésions* qui loin de rester stationnaires s'aggravent progressivement.

Les déformations des extrémités osseuses s'accentuent, le relâchement des ligaments articulaires devient de plus en plus marqué amenant des mouvements anormaux étendus qui s'exécutent accompagnés de craquements très forts.

Il peut se former dans les muscles avoisinant l'articulation des ostéomes volumineux, et même de véritables corps étrangers articulaires d'origine osseuse.

Malgré tous ces désordres anatomiques et d'une façon tout à fait paradoxale, *l'impotence fonctionnelle du membre est relativement réduite*. Cela tient à l'indolence complète de ces lésions, qu'on ne saurait trop souligner.

D'autre part, l'atrophie des muscles moteurs de l'articulation est loin d'être proportionnellement aussi forte que dans les arthrites infectieuses et permet encore un fonctionnement suffisant de l'article.

Mais l'évolution de ces arthropathies peut être aggravée par l'apparition de *complications*.

Ces complications peuvent consister en *hémarthroses* qui se renouvellent après la ponction et peuvent être la cause d'une autre complication : *l'infection secondaire* très grave. En effet ces arthrites trophosuppurées, évoluant sur des tissus mal nourris, ont une marche extensive.

La tumeur blanche articulaire greffée sur une arthropathie tabétique paraît heureusement assez rare.

Les fractures pathologiques enfin peuvent compliquer les arthropathies tabétiques et malgré qu'elles soient indolores, elles aggravent le pronostic fonctionnel du membre.

En dehors du tableau clinique type que nous avons décrit les arthropathies tabétiques peuvent revêtir un certain nombre de *formes* :

I. — *Suivant l'évolution* :

« Formes bénignes », très rares dans lesquelles la rétrocession des lésions peut se faire et la fonction du membre être récupérée dans une certaine mesure.

« Formes aiguës » évoluant rapidement vers la dislocation articulaire complète et le « membre de polichinelle ».

« Forme aiguë inflammatoire » (Lemierre, Kindberg et Deschamps) dont le début brusque, très douloureux, gonflement important, laisse place à un tableau pseudo-inflammatoire. L'évolution de cette forme est gravé et peut entraîner la mort.

II. — *Suivant le siège* :

1° *Les arthropathies atrophiques*, comme celles de l'épaule et de la hanche.

2° *Les arthropathies hypertrophiques* comme celles du genou ou du cou-de-pied, encore que pour le genou on puisse observer tous les types possibles de lésions osseuses. Pour Charcot, les formes atrophiques seraient les formes les plus pures d'atteinte articulaire du tabes. Les formes hypertrophiques frapperaient plus volontiers les articulations ayant présenté antérieurement de l'arthrite sèche.

3° *Les lésions tarso-métarsiennes* aboutissent finalement à ce que Charcot et Feré ont décrit sous le nom de pied tabétique : gonflement dorsal et épaississement du bord interne ; mais la lésion la plus importante est l'effondrement de la plante réalisant le pied plat ; la plante du pied peut même devenir convexe. L'aspect peut être aussi parfois celui du pied succulent syringomyélique et prêter à erreur.

Ces lésions du pied sont rapidement extensives.

D'après Chauffard il s'agirait là de lésions anatomiques qui porteraient bien plus sur les os que sur les articulations.

Le rachis peut être atteint par les lésions trophiques et réalise alors le *Mal de Pott tabétique* (Pitres et Villard).

Les lésions osseuses amènent des déformations vertébrales variées, souvent très marquées, d'autant plus qu'elles sont parfois accompagnées de fractures par tassement ou obliques. Ces déformations vertébrales peuvent être la cause de compression médullaire ce qui en aggrave le pronostic et en rend le diagnostic très difficile d'avec les vrais maux de Pott.

Cependant la radiologie peut apporter son concours à la clinique en montrant les lésions caractéristiques et les tassements, beaucoup plus étendus que dans la tuberculose vertébrale.

4° On a encore individualisé une *forme polyarticulaire* du tabes (Foix et Alajouanine) où contrairement à la règle, plusieurs articulations sont atteintes en même temps.

5° Enfin, *formes où les fractures pathologiques sont particulièrement importantes* et fréquentes donnant un aspect clinique spécial.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des arthropathies tabétiques ne présente pas de grandes difficultés lorsque le tableau clinique est au complet. L'élément capital à rechercher est *l'indolence articulaire complète*. Il faut toujours rechercher les signes complémentaires du tabes. D'autant plus que l'on sait maintenant que l'atteinte articulaire peut être le premier signe d'un tabès au début.

En cas de difficultés cliniques, les examens complémentaires sérologique et radiologique permettent de faire la différence entre les lésions d'ordre trophique causées par le tabes et les lésions inflammatoires des arthrites aiguës ou de la tuberculose ostéo-articulaire. La seule difficulté de diagnostic réside peut-être dans la différenciation entre les arthropathies tabétiques et les arthropathies syringomyéliques. En dehors des caractères distinctifs de ces dernières, la notion des signes cliniques du tabes ou de la syringomyélie, assez bien tranchés aideront au diagnostic. En cas d'hésitation c'est vers les arthropathies tabétiques que l'on doit s'orienter en raison simplement de l'argument de fréquence.

PRONOSTIC

L'avenir des arthropathies tabétiques n'est pas fâcheux *quoad vitam*. En effet le retentissement des lésions articulaires n'est pas tel qu'il puisse faire craindre pour la vie des malades qui en sont atteints. Ceci étant vrai pour les formes habituelles non compliquées.

Cependant quelques cas ont été décrits, relevant de la forme aiguë inflammatoire ou le pronostic vital a été mauvais. Ces cas sont l'exception.

D'autre part les formes compliquées d'arthrite tropho-infectieuses ont un pronostic fâcheux car il s'agit alors d'une suppuration qui évolue sur un terrain favorable.

Mais quand on parle du pronostic des arthropathies tabétiques c'est au pronostic fonctionnel que l'on pense. Ce pronostic fonctionnel est mauvais. Malgré la gêne fonctionnelle paradoxalement minime, il n'est pas douteux que la fonction du membre est sérieusement compromise et que l'on ne doit pas compter sur une amélioration. On en arrive vite à la dislocation totale et la marche, s'il s'agit du membre inférieur (surtout pour le genou), est bientôt complètement impossible.

Les tabes compliqués d'arthropathies sont-ils plus graves que les autres, et les arthropathies ont-elles un retentissement sur le tabes en évolution ? La réponse est négative pour les deux questions.

THERAPEUTIQUE

Jusqu'à ces dernières années, elle était assez limitée et consistait presque exclusivement en appareils évitant les déformations et immobilisant l'articulation atteinte.

Le traitement chirurgical a jadis été à l'honneur et l'on a beaucoup employé la résection (épaule, coude, genou, cou-de-pied) à l'étranger. En France c'est surtout à Lyon avec Jaboulay et ses élèves qu'on les employa (voir thèse de Goure). Mais les résultats étaient médiocres. Dans ces dernières années avec les perfectionnements des méthodes de la chirurgie orthopédique, avec cette constatation que les os tabétiques n'ont pas perdu leur pouvoir ostéogénétique puisqu'ils consolident très bien leurs fractures, et que les greffons implantés s'y consolident parfaitement, se constitue une véritable chirurgie des arthropathies tabétiques.

Ses indications varient selon les données anatomo-pathologiques : La résection pure est réservée aux formes atrophiques, tandis que les formes hypertrophiques avec dislocation articulaire réclament la stabilisation par des arthrodèses.

On a publié des nombreuses résections du cou-de-pied et du genou avec ankylose consécutive. Au genou l'immobilisation est complétée par verrouillage ou enchevillement par greffons (Moreau, Tavernier, Costantini).

A la hanche c'est l'arthrodèse extra-articulaire qui a été habituellement pratiquée. Cependant on a pu parfois conserver la mobilité par résection arthroplastique (P. Mathieu), par butée (M. Lance, Tavernier). Des redressements ont été pratiqués par ostéotomie (Guilleminet).

L'ostéosynthèse de la colonne vertébrale a été pratiquée avec succès (Diez et Michans, Cafero).

Enfin la conception nouvelle de l'origine vaso-motrice de l'arthropathie permet d'espérer, au moins dans les cas récents d'en arrêter l'évolution par des interventions sur le grand sympathique : sympathectomies péri-artérielles (Alajouanine et Mauric), infiltrations ganglionnaires ou gangliectomies. Les faits de cet ordre sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse porter un jugement sur eux.

Le traitement général de la syphilis nerveuse devra être entrepris, continué ou recommencé selon que le tabes était ou non reconnu antérieurement. Malheureusement les lésions articulaires échappent complètement à l'action du traitement spécifique qui ne les fait pas régresser. Pourtant dans quelques cas heureux on a pu voir les arthropathies cesser d'évoluer sous l'influence d'un traitement bien conduit.

**

BIBLIOGRAPHIE

BARRÉ. Les ostéo-arthropathies tabétiques, *Thèse de Paris*, 1912. Importante bibliographie.

EXALTIER, BADIN. *Les troubles sympathiques associés aux ostéo-arthropathies syringomyéliques et tabétiques.*

FAULONG. Contribution à l'étude pathogénique des arthropathies tabétiques, *Thèse de Paris*, 1938. Contient la bibliographie de 1924 à 1938.

Depuis 1938 les principaux travaux français et étrangers sont les suivants :

TILLIER, RAYNAUD et MARILL. Un cas d'arthropathie vertébrale. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Radiologie de France*, nov. 1937, p. 754.

MAHÉ et DELIBEROS. Lésions tabétiques unilatérales des mâchoires, *Revue de Stomatologie*, février 1938, p. 88.

FAVRE, MICHEL et DARRIC. Accidents ostéo-articulaires tabétiques de la partie distale du pied, *Journ. méd. de Lyon*, 20 mai 1938, p. 317.

ROGER et ARNAUD. Tabes avec multiples fractures spontanées et ostéoporose vertébrale douloureuse, *Gazette Médicale de France*, 15 mai 1938, p. 430.

GUÉRIN. Deux cas de traitement orthopédique d'arthropathies tabétiques, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 1938, p. 61.

ROGER et RECORDIER. Deux cas d'arthropathies tabétiques suppurées, *Marseille Médical*, 25 novembre 1938, p. 557.

DELMAS-MARSALET, BERGOUGNAN et VALLAT. Tabes polyarthropathiques avec arthrite puriforme aseptique, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 3 décembre 1938, p. 569.

(*Suite page 430.*)

LES HORMONES

Tableau synthétisant no

par le Docteur François MOREL,

DENOMINATION : D'APRÈS LA GLANDE D'ORIGINE D'APRÈS LA NOMENCLATURE OFFICIELLE	LES GRANDES ETAPES ISOLEMENT. — SYNTHÈSE	CONSTITUTION CHIMIQUE PROPRIETES ESSENTIELLES	TESTS BIOLOGIQUES SPECIFIQUES DOSAGE ET ÉTALONNAGE
HORMONE PANCREATIQUE **INSULINE** Hormone du pancréas endocrine : Ilots de Langerhans	*Isolement* au Canada par Banting et Best 1921, Collip 1922. *Obtention sous forme cristallisée pure*, Abel 1926, Harrington et Scott. Synthèse non réalisée et non réalisable sans doute avant longtemps. « *Insuline-retard* » = Insuline-Zinc-Protamine (laitance de saumon) Autres hormones pancréatiques (?) : *Vagotonine* (Santenoise, 1927)	*Constitution* complexe, encore mal connue : **Polypeptide** donnant par hydrolyse une dizaine d'acides aminés. Poids moléculaire très élevé, compris entre 20.000 et 50.000. *Propriétés* : Poudre hygroscopique blanche, inodore, insipide. Insoluble dans alcool absolu, éther, chloroforme, benzène, acétone. Soluble dans acides ou alcalis dilués, phénol, glycérol, acide acétique, alcool à 60°, 80°. Thermostable pour un pH compris entre 4 et 6,2. Détruite en 30 min. à l'ébullition pour un pH au delà ou en deçà de ces chiffres. Insensible à la lumière, aux ultra-violets, aux rayons X. Détruite par les sucs digestifs : *donc inefficace « per os »*.	*Animaux réactifs* : Lapins ou rats *Standardisation* : *Unité physiologique* = Quantité minima nécessaire pour abaisser de 1 gr. à 0 gr. 45 o/oo, en 4 heures, la glycémie d'un lapin de 2 kg. à jeun depuis 16 heures, et provoquer ainsi chez l'animal des convulsions hypoglycémiques. **1 unité clinique internationale** = 1/3 un. physio. = 1/22e de mgr. d'une insuline cristallisée étalon. *Présentations thérapeutiques classiques* : — Pour l'insuline *ordinaire*, solutions aqueuses renfermant **20 unités cliniques internationales** par cmc. ; — Pour l'insuline *retard*, généralement **40 unités cliniques internationales** par cmc.
HORMONES SURRENALES 1) **ADRENALINE** Hormone médullo-surrénale	1° *Adrénatine* : *Isolement* à l'état cristallisé, par Takamine et Aldrich, en 1901. **Synthèse** : par Stolz, en 1905. *Caractère hormonal* établi par Tournade et Chabrol (anastomose veineuse surrénalo-jugulaire chez deux chiens, dont l'un surrénalectomisé). Démonstration de son rôle comme « *intermédiaire chimique* » dans la commande nerveuse du sympathique (Otto Lœwy, 1921), le même rôle sur le parasympathique étant dévolu à l'acétylcholine.	*Constitution* : Alcaloïde lévogyre dérivé de la **tyramine** (**acide aminé**). *Propriétés* : Poudre microcristalline blanche, de saveur amère, peu soluble dans l'eau ou les autres solvants neutres, soluble dans les alcalis (ammoniaque excepté) et surtout dans les acides. *Sympathico-mimétique* type.	*Titrage* au moyen de réactions colorimétriques, verte avec le perchlorure de fer (*réaction de Vulpian*), brune avec les sels de chrome (*réaction chromaffine de Henle*); ou de tests physiologiques sur le sympathique. *Forme thérapeutique* : Solution mère de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1.000e du Codex : 1 cmc. = XX gouttes = 1 mgr.
2) **DESOXYCORTICOSTERONE** Hormone cortico-surrénale, dérivé de **l'ancienne Cortine**	2° *Désoxycorticostérone* : *Précurseur* : *Isolement* (Kendall 1935) : **Cortine** *cristallisée* ou mieux *corticostérone*. **Synthèse** à partir du stigmastérol (Marguerite Steiger et Reichstein) : « *Cortine de synthèse* » ou *désoxycorticostérone* (1939). *Estérification* : *Acétate* de désoxycorticostérone.	*Constitution* : Corps de la famille des **stérols**, (apparenté au cholestérol, aux acides biliaires, aux carbures cancérigènes, à la vitamine D, aux hormones génitales : Testostérone, progestérone...). *Propriétés* : Fines aiguilles cristallines incolores, fondant à 158°, solubles dans l'huile de sésame ou d'arachide (forme thérapeutique).	*Tests biologiques* : — Maintien en vie des rats ou chiens surrénalectomisés. — Résistance à la fatigue : excitation électrique de la patte alourdie d'un rat ; ou encore, test de la nage : résistance à l'immersion d'un rat lesté. *Dosage bio-clinique* : *Test de Giroud* de la semi-contraction des cellules pigmentaires des écailles de poisson. *Activité thérapeut.* chiffrée en **mgr.**
HORMONE TESTICULAIRE **TESTOSTERONE** Hormone de la portion endocrine du testicule : glande interstitielle ; hormone androgène	*Précurseur* : *L'Androstérone* isolée de l'*urine* par Butenandt et Tscherning (1931) ; synthèse en 1934 ; estérification (benzoate). C'est en réalité la forme d'élimination de la testostérone. *Isolement* de la *Testostérone* : Laqueur, 1935, à partir du *testicule* du taureau ; 10 fois plus active que l'androstérone. **Synthèse** : Butenandt, Ruzicka, 1935, à partir du cholestérol. *Estérification* : *Acétate* ou *propionate* de testostérone ; activité encore plus marquée, surtout pour le propionate.	*Constitution* : Corps de la famille des **stérols** (cf. ci-dessus). *Propriétés* : Substance blanche, cristalline. Résiste à l'hydrolyse par les acides, mais non par les alcalis (contrairement à l'androstérone). Liposoluble : La forme thérapeutique utilisée est précisément une solution huileuse.	*Tests biologiques* : *a*) Augmentation de poids des vésicules séminales des rats castrés. *b*) Croissance de la crête et du barbillon du chapon (*Test de Pézard*). *Dosage bio-clinique de l'hormone mâle dans les urines* (*androstérone*) : méthode biologique (chapon) ou colorimétrique (réaction de Zimmermann). *Activité thérapeutique* : Actuellement, on a renoncé à l'exprimer en unités animales ; on la chiffre en **mgr.**
HORMONES OVARIENNES 1) **ŒSTRADIOL** Dérivé de **l'ancienne Folliculine**, hormone folliculaire ou œstrogène, « hormone de la femme »	1° *Œstradiol* : *Précurseur* : **Folliculine** cristallisée, ou *œstrone*. Isolement de l'*urine* (Doisy, Butenandt, Laqueur, 1929). Ce serait le produit d'élimination de la *dihydrofolliculine* ou *œstradiol*. Extraction de l'*ovaire* en 1932. Synthèse non réalisée encore. *Estérification* : *Benzoate d'œstradiol* (1935), cinq fois plus actif.	*Constitution* : Corps toujours de la même famille des **stérols**, renfermant deux fonctions alcool. *Propriétés* : Substance blanche cristallisée, très résistante à la chaleur, aux solutions acides ou basiques faibles, aux oxydants, aux rayons X, aux ferments digestifs (*capable par conséquent d'agir per os*).	*Test biologique* classique d'*Allen et Doisy* (1922) : Cellules vaginales kératinisées, chez rats et souris castrées, après injection de substances œstrogènes. *Dosage bio-clinique* : *Folliculinémie*, difficile, nécessitant trop de sang. *Folliculinurie* (nombreuses causes d'erreur dans la technique et l'interprétation). **Etalon international** (conférence Londres 1938) : **1/10e** de γ (le γ est le 1/1000e du mgr.) ; on a renoncé aux unités souris ou rat.
2) **PROGESTERONE** Synonyme de **l'ancienne Lutéine**, hormone du corps jaune, « hormone de la mère »	2° *Progestérone* : Dénomination actuellement admise universellement pour la **Lutéine**. *Isolement* par Allen. **Synthèse** réalisée à partir du stigmastérol (Butenandt 1931) ou du cholestérol (Girard 1936). Forme d'élimination urinaire (sans activité lutéinique) : *glycuronate de prégnandiol*.	*Constitution* : Composé di-cétonique non saturé, dérivé des **stérols**. *Propriétés* : Substance fondant à 128°, fragile, détruite par la chaleur, les acides faibles, les oxydants, les ferments digestifs (*donc, pratiquement inactive per os. Toutefois, un de ses dérivés chimiques, la prégnéninotone, est actif par la bouche*).	*Tests biologiques* : — Test du déciduome provoqué (Lœb) ; — Test de la dentelle utérine (Ancel et Bouin). *Dosages bio-cliniques* trop imprécis. Actuellement *dosage chimique* du prégnandiol dans l'urine. **Etalon international pondéral** = **1 mgr.**

II. HORMONES PANCRÉATIQUES, MÉDULLO ET CORTICO-SURRÉNALES, SEXUELLES : MASCULINES ET FÉMININES.

SYNDROMES CLINIQUES TYPES DE DYSREGULATION HORMONALE	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES CORRESPONDANTES	APPLICATIONS THERAPEUTIQUES FORMES. — POSOLOGIE
HYPO-INSULINISME. = *Diabète sucré.* *Diabète maigre, ou consomptif, ou pancréatique de l'adulte* (par opposition au diabète gras, sans acidose ni dénutrition azotée). *Diabète infantile,* toujours sévère.	*Syndrome d'hyperglycémie : Glycémie* (+) ; diurèse (+) ; densité urinaire (+) ; *glycosurie ;* épreuve d'hyperglycémie provoquée très exagérée. *Syndrome d'acido-cétose :* Réserve alcaline (—) ; pH sanguin (—) ; ammoniurie (+) ; acidités urinaires (+) ; coeff. urologique d'acidose (+) ; pH urinaire (—) ; *acétonurie.* *Syndrome de dénutrition azotée :* Rapports azotémique et azoturique (—) ; amino-acidurie (+) ; coefficient d'imperfection uréogénique (+).	Régime. Vitamines B_1, B_2. *Insuline (Insulyl, endopancrine, insulines ordinaires diverses, insulines-retard ou insuline-protamine-zinc...)* *Indications absolues :* Diabète avec acidose ; coma diabétique ; gangrène diabétique ; préparation pré-opératoire ; diabète infantile. **10 à 200 unités internationales et plus, i/m ou i/v** (associée à du glucose).
HYPER-INSULINISME. = *Asthénie, faim douloureuse, convulsions, coma.* *Provoqué :* Thérapeutique insulinienne excessive, *non désirée* ou *voulue* (cure de Sakel dans les psychoses). *Spontané :* *Lésionnel :* **Adénome**, carcinome ou hyperplasie langerhansiens. *Fonctionnel :* Sujets à système organo-végétatif instable.	*Syndrome hypoglycémique : Glycémie* (—) ; sensibilité à l'insuline diminuée dans les cas lésionnels, normale ou exagérée dans les cas constitutionnels ; dans l'épreuve d'hyperglycémie provoquée, pas de crochet d'hypoglycémie réactionnelle consécutive (contrairement à ce qui se passe dans les hypoglycémies surrénaliennes ou hypophysaires).	Glucose par toutes les voies. *Chirurgie :* Ablation de l'adénome, du carcinome ou résection du pancréas (pancréatectomie partielle).
HYPO-SURRENALISME. MÉDULLAIRE et CORTICAL (syndromes intriqués). Chronique : *Maladie bronzée d'Addison* (tuberculose des surrénales). Subaigu : *Infections, intoxications, maladie post-opératoire.* Suraigu : *Syndrome de Sergent et Léon Bernard* (syndrome abdominal brutal, sans défense de la paroi).	*Tension* (—) ; *glycémie* (—) ; hypoglycémie provoquée insulinique excessive (dangereuse) ; hyperglycémie provoquée : courbe aplatie *avec gros crochet* d'hypoglycémie réactionnelle ; *glutathion réduit* (—) ; *cholestérol* (—) ; *chlorémie* (—) ; *natrémie* (—) ; *test d'Harrop d'hypochlorémie provoquée ;* kaliémie (+) ; diminution de la tolérance au potassium (test dangereux) ; *exhémie plasmatique,* d'où hémoconcentration (polyglobulie, etc.) ; *azotémie* (+) ; *vitamine C* (—) ; *métabolisme basal* (—). En outre : *Ergographie, Radio des surrénales.*	*Chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000e* **per os ou en inj. s/c, par 1/4 ou 1/2 mgr.** *Acétate de désoxycorticostérone (syncortyl, percortène, etc.).* Sol. huileuse, **2 à 10 mgr. en inj. i/m** (ou *implantation s/c de comprimés*). Cystéine ; vitamine C ; Sérum salé ; sucre ; Régime pauvre en potassium ; riche en sodium.
HYPER-SURRENALISME. MÉDULLAIRE (**Adénomes médullaires,** ou paragangliomes bénins). *Hypertension artérielle paroxystique* (avec hypertrophie du cœur gauche, œdème aigu du poumon). Hypertension permanente (?) (Le plus souvent participation rénale). CORTICAL (**Adénomes cortico-surrénaux**). Syndrome féminin de *virilisme, hirsutisme,* obésité. Syndrome infantile de *pseudo-hermaphrodisme,* avec maturation sexuelle précoce.	*Tension artérielle* (+) ; *métabolisme basal* (+) ; *glycémie* (+) ; *glycosurie.* N. B. : Dans l'hyper-cortico-surrénalisme, on n'observe *pas l'inverse* des stigmates biologiques signalés ci-dessus dans l'hypo-surrénalisme (notamment au point de vue glutathionémie, chlorémie, kaliémie, etc.).	*Radiothérapie* ou *Chirurgie :* Ablation des paragangliomes, des adénomes corticaux. Enervation des surrénales.
HYPO-ORCHIDIE. *Eunuchisme* par « anorchidie » : castration, radiothérapie. *Eunuchoïdisme :* Cryptorchidies ; lésions toxi-infectieuses des testicules. *Gérodermie génito-dystrophique* (aspect sénile et acromégaloïde). *Infantilisme régressif* de Gandy. *Hypertrophie prostatique* (?)	*Azoospermie* (spermatozoïdes absents) ou *oligospermie,* ou *nécrospermie* (spermatozoïdes rares, peu ou pas mobiles, perdant rapidement leur vitalité à la température ambiante, présentant des anomalies morphologiques ou tinctoriales plus ou moins nombreuses). (En réalité, n'oublions pas que ce sont les cellules interstitielles et non les cellules de la lignée spermatique qui élaborent la testostérone.)	Greffe testiculaire (?) *Testostérone synthétique :* Solution huileuse de : **Propionate** *(Pérandrone, stérandryl, testoviron, etc.),* **5, 10, 25 mgr. en inj. i/m ;** **Acétate** *(Pérandrone A, acétostérandryl, etc.),* **10, 25, 40 mgr. en inj. i/m** (ou *implantation s/c de comprimés*) (ou *administration percutanée en frictions*).
HYPER-ORCHIDIE (?). Pré-pubertaire : Maturité précoce, puberté accélérée, macrogénitosomie. De l'adulte : Maturité excessive, hypergénésie. Nanisme hypergénital (?) ; achondroplasie (?).	*Absence de tests fonctionnels.*	Traitement (?)
HYPO-FOLLICULINISME. (*Aménorrhée ou oligoménorrhée,* atrophie des petites lèvres, troubles vaso-moteurs et psychiques aux dates anniversaires des règles) : Primaire, par trouble hypophysaire = *Infantilisme génital.* Secondaire = *Ménopause naturelle ou artificielle* (chirurgie, rayons X). HYPO-LUTEINISME. Absolu = *Dysménorrhée ; stérilité ; avortements* à répétition. Relatif = Par hyper-folliculinisme (v. ci-dessous). HYPER-FOLLICULINISME. (*Méno et métrorragies ; syndrome du 14e j.*) Relatif = Par hypo-lutéinisme (v. ci-dessus). Absolu = *Hyperplasie fonctionnelle de l'endomètre* (surtout pré-ménopausique) ; *Folliculome* (rare) ; *Fibrome* (??) ; *Mastopathies* (granuleuses ou kystiques, à recrudescence pré-menstruelle) ; Troubles variés à recrudescence inter-menstruelle. HYPER-LUTEINISME. *Grossesse ; môle hydatiforme ; chorioépithéliome ; métrite déciduiforme ; kyste lutéinique* de l'ovaire (très rare).	*Biopsie « cyto-hormonale » de l'endomètre à la seringue aspiratrice de Novak :* Physiologiquement : 1) Phase folliculinique ou de *prolifération* glandulaire ; 2) Phase folliculo-lutéinique ou de *sécrétion* (aspect en dentelle) dans la seconde moitié du cycle. A l'état pathologique : *a*) Persistance d'un aspect purement folliculinique en période pré-menstruelle ; *b*) Hyperfolliculinisme : Hyperplasie glandulaire kystique de l'endomètre (aspect en fromage de gruyère) ; *c*) Absence quasi-totale d'effet folliculinique = Atrophie endométriale (biopsie impossible ou minime) dans les aménorrhées invétérées. *Prolan-diagnostic, avec titrage,* dans : grossesse (en évolution ou non), môle hydatiforme, chorio-épithéliome malin post-môlaire.	*Hypo-folliculinisme :* Greffe ovarienne (?). *Benzoate d'œstradiol (Progynon, Benzogynœstryl, ovocycline, etc.). Per os ou perlingual,* pour les doses faibles. **En inj. i/m, 1 à 5 mgr.,** pour les doses fortes. *Hypo-lutéinisme ou Hyper-folliculinisme :* *Progestérone (Proluton, Lutogyl, Lutocycline, etc.).* Sol. huileuse, **en inj. i/m, 5 à 10 mgr.,** ou forme buccale (prégnéninolone), dose 5 à 6 fois plus forte. Vitamine E associée dans la stérilité. Testostérone, notamment dans les mastopathies. *Hyper-folliculinisme et Hyper-lutéinisme :* *Radiothérapie* ou *Chirurgie* du folliculome, du fibrome, des mastopathies, de la môle, du chorio-épithéliome, du kyste lutéinique.

RAYNAUD et MARILL. Fréquence des arthropathies tabétiques chez les musulmans de l'Afrique du Nord, *Bull. de la Soc. Française de Dermato-syphiligraphie*, janvier 1939, p. 68.

HOUYEZ et MEAN. Spondylolysthésis tabétique, *Liége Médical*, 14 mai 1939, p. 377.

CHITTY. Un cas intéressant de maladie de Charcot, *Brit. Surg. J.*, juillet 1939, p. 183.

CLERC, MACREZ et SOULLARD. Ostéo-arthropathies digitales et vertébrales à type de rhumatisme déformant, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 juillet 1939, p. 1036.

LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PHILIPPE. Tabes polyarthropathique avec steppage, *Revue de Neurologie*, juillet 1939, p. 42.

WORMS, FAULONG et SCHNEIDER. Déformation tabétique du pied et ostéo-arthropathie spinale latente, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 11 janvier 1940, p. 1377.

PITTIANI. Un cas d'arthropathie tabétique du genou, *Gazette des Hôpitaux*, 11 février 1940, p. 123.

CAMAUER. Arthropathie vertébrale (Mal de Pott tabétique), *Dia Méd.*, 25 mars 1940, p. 236.

LEADER. Un cas de maladie de Charcot des deux articulations du cou-de-pied, *Am. j. Roentgenol*, avril 1940, p. 509.

CONLEY et MILLER. Cinq cas de maladie de Charcot à type atrophique, *J. Bone and joint surg.*, juillet 1940, p. 638.

MILGRAM. Arthropathies tabétiques, *Urol and Cutan Rev.*, oct. 1940, p. 653.

BIBLIOGRAPHIE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

GOURE. La résection dans les arthropathies nerveuses, *Thèse Lyon*, mai 1910.

E. DUROUX. Le traitement chirurgical des arthropathies nerveuses, *Lyon chirurgical*, 1910, t. 2, p. 360.

VILLARD. Résection sans drainage pour une arthropathie tabétique, *Soc. Chir. Lyon*, 14 février 1913 ; *Lyon chirurgical*, 1913, p. 556 ; Discussion : Bérard-Lambotte.

P. LANCE. A propos du traitement chirurgical des arthropathies tabétiques de la hanche, *J. médical Français*, octobre 1938.

TAVERNIER. La résection arthrodèse dans les arthropathies tabétiques, *Soc. chir. Lyon*, séance du 26 janvier 1939 ; *Lyon chir.*, t. 36, n° 3, mai-juin 1939, p. 350-359. Discussion : Mallet-Guy.

MONTEL. Du traitement chirurgical des arthropathies tabétiques de la hanche, *Thèse Lyon*, 1939, n° 132.

G. MATTE. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des arhropathies tabétiques, *Thèse Alger*, 1939, n° 35.

COSTANTINI et KEHL. Pour l'arthrodèse dans les arthropathies tabétiques, *Presse Médicale*, 20-23 mars 1940, p. 308-310.

GUILLEMINET. Arthropathies tabétiques de la hanche avec luxation pathologique, ostéotomie sous-trochantérienne datant de 2 ans. Séance du 12 septembre 1940. *Lyon chirurgical*, t. 37, n°s 1, 2, 3, 1941-42, p. 53-54. Discussion : Creyssel, Tavernier.

P. LANCE. Le traitement chirurgical des arthropathies tabétiques, *Revue du Rhumatisme*, mai 1941, p. 329-343 (Bibliographie des publications récentes).

HYGIENE INDUSTRIELLE

A propos des médecins d'usine

Au moment de la création des médecins d'usine, création imposée autant par l'évolution normale de l'industrie que par les circonstances actuelles, beaucoup d'hommes, cependant très avertis, ont pu croire que rien, en France, n'avait encore était fait dans ce sens.

Ce serait être singulièrement injuste envers les nombreux confrères qui se sont consacrés depuis de longues années à la médecine du travail que de méconnaître leurs efforts. On doit beaucoup à leur dévouement, à leur initiative souvent très courageuse, à leur bon sens et à leur expérience. Il est indéniable que ces confrères ont largement déblayé le terrain sur lequel *le médecin d'usine* va maintenant exercer son activité.

Je trouve la confirmation de cette assertion dans les *Notes d'Hygiène Industrielle* (1) que me communique notre collaborateur et vieil ami Courtois-Suffit, médecin honoraire des hôpitaux et médecin en chef des Manufactures de l'Etat.

Ces notes sont extraites d'un rapport officiel à l'Administration des Manufactures de l'Etat, au sujet de la situation sanitaire de la Manufacture des Allumettes d'Aubervilliers et de l'organisation régulière du service médical. On y trouve aussi l'exposé des mesures d'hygiène prises dans une poudrerie mobilisée.

Un fait se détache d'abord :

Dès longtemps, le principal souci du service médical a été la lutte contre la tuberculose et contre l'alcoolisme. On oublie trop souvent que Courtois-Suffit a entamé cette lutte dans les manufactures de l'Etat *il y a plus de trente ans.*

Faut-il des précisions ? Nous les trouvons dans une lettre récente adressée à l'auteur par le Dr Ballerin (d'Aubervilliers) : « Dans le personnel de la Manufacture des Allumettes, écrit-il, le nombre des alcooliques a diminué de 90 % chez les hommes et de 95 % chez les femmes ! Quant aux tuberculeux déjà éliminés à la visite d'admission, il n'y en a plus aujourd'hui. » Le Dr Ballerin rappelle aussi que l'énergie et la persévérance de Courtois-Suffit n'ont pas toujours été sans danger. Sa vie même a été menacée à plusieurs reprises il y a quarante ans. Mais quand on prend la peine de s'expliquer avec les hommes de bonne foi on finit toujours par s'entendre. Courtois-Suffit arriva à gagner la confiance des ouvriers. Dès lors le contrôle médical courant devint très facile. Les ouvrières venaient spontanément et volontiers demander des conseils à l'heure des consultations. Signalons même ce fait caractéristique : les ouvriers venaient fréquemment demander au médecin de prendre leur tension. « Cette recherche, écrit l'auteur, est devenue comme une mode... à vrai dire, c'est simple curiosité et comme un semblant de récréation... »

Grâce aux efforts du médecin, nous pourrions dire aussi grâce à la collaboration confiante des travailleurs, on put noter la disparition progressives des lésions locales dues à la manipulation de la pâte qui sert à la confection des allumettes. Ainsi disparurent, dès avant la guerre de 1939, les phosphorides, que les ouvriers appelaient la « gale de la pâte ».

On nous permettra d'insister sur le point suivant : toutes les mesures d'hygiène nécessaires étaient prises grâce à la collaboration étroite établie entre la direction administrative, la direction technique et le service de santé.

(1) *Annales d'Hygiène Publique, Indusrielle et Sociale*, Paris, 1942. J.-B. Baillière, éditeur.

Toutes les fonctions dévolues aujourd'hui au médecin d'usine, ont donc toujours été exactement remplies dans l'usine dont parle M. Courtois-Suffit, ainsi que dans la poudrerie dont il cite l'exemple. Cette dernière usine, indiquons-le, employait 8.000 ouvriers de toutes les races, de toutes les nationalités, de toutes les situations.

En terminant, l'auteur aborde deux questions qui ont fait l'objet de règlements de la part de l'Ordre des Médecins. L'un de ces règlements a trait au secret professionnel. Le deuxième interdit aux médecins d'usine de donner leurs soins aux ouvriers malades en dehors de l'usine, même lorsque ces ouvriers et leurs familles font *librement* appel au médecin d'usine dans lequel ils ont placé leur confiance.

Cette règle répond au désir unanime des praticiens. Est-elle absolument conforme à l'intérêt des ouvriers ? M. Courtois-Suffit pense qu'une réglementation trop étroite à ce sujet peut être nuisible aux malades.

Pour sa part, il déclare qu'il s'est toujours occupé des familles des ouvriers et dans les conditions suivantes :

« Il n'y a peut-être pas d'exemple qu'un ouvrier de la manufacture ayant un parent malade, ne vienne m'en parler et me demander mon avis.

Si le malade habite la localité, je m'empresse de m'adresser au médecin-traitant du pays, en lui demandant de m'éclairer sur le sort de ce malade. Ayant, pendant tout le cours de ma vie professionnelle conservé des rapports très cordiaux avec les médecins de la contrée, je reçois toujours une réponse exacte ou une note dont je comprends le sens et je donne à l'ouvrier soit des apaisements, soit des craintes suivant ce que j'ai pu apprendre.

Si le parent malade est dans un service d'hôpital, pour une maladie ou pour un cas chirurgical, je me hâte d'aller moi-même voir le patient ; je me mets en rapport avec mon collègue qui, avec une bonne grâce jamais démentie, m'explique volontiers ce qu'il peut advenir et me met au courant du traitement ou de l'intervention. Je dois affirmer que toujours j'ai trouvé l'accueil le plus affectueux auprès de tous mes collègues, chefs de service et qu'il ne m'a jamais paru qu'en m'intéressant à la santé d'un membre de la famille d'un ouvrier, je commettais une mauvaise action. J'ai le devoir de dire, qu'en raison de mon attitude, les ouvriers m'ont toujours témoigné une très affectueuse gratitude... »

En terminant, M. Courtois-Suffit cite les lignes suivantes que lui a adressées notre collègue, le professeur Lemierre. Ces lignes, pleines d'une sage prudence, peuvent servir de conclusion à cet exposé :

« Vos notes d'hygiène industrielle, écrit M. Lemierre, sont particulièrement intéressantes et méritent d'être méditées... Elles montrent qu'il faut se garer des règlements trop restrictifs et des principes trop absolus. Je suis certain, d'ailleurs, que toutes ces réglementations s'assoupliront peu à peu, parce qu'elles se heurteront à des impossibilités ou se révèleront contraires aux intérêts des malades... La pratique de la médecine, dans quelque milieu qu'il s'agisse est une chose trop variable et trop délicate pour qu'elle puisse être trop strictement bridée et *il faut laisser le médecin agir suivant sa conscience.* »

F. L. S.

Vaccination par le B. C. G. par scarifications cutanées, par L. NÈGRE, chef de service et J. BRETEY, chef de laboratoire. Préface du Prof. A. MARFAN. Un volume de 104 pages, avec 10 figures (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications*, n° 33). Prix : 25 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Manuel de Phtisiologie, par André RAVINA, Médecin de l'hôpital Boucicaut. Un volume de 500 pages avec 118 figures. Prix : 130 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

AGOMENSINE *Noms déposés* SISTOMENSINE

CIBA

Extraits ovariens dissociés d'action définie

OPOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE DES TROUBLES MENSTRUELS

Comprimés

LABORATOIRES **CIBA** • Dr P. DENOYEL, 103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON



SUPPOSITOIRES

RECTOSEPTAL

SIMPLE

CRÉOSOTE + OXYQUINOLÉINE

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

LABORATOIRES DEROL

34, RUE PERGOLÈSE - PARIS (16e)

SUPPOSITOIRES

RECTOSEPTAL

SULFAMIDÉ

SULFAMIDOTHÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE

SUPPOSITOIRES ANUSOL contre les HÉMORROÏDES

Suppositoires

ANUSOL

Hémorroïdes, fissures anales, rectites

LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A. - M. Guéroult, Dr en Pharmacie - SURESNES (Seine)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 3 novembre 1942

Notice nécrologique. — M. Pierre Mocquot lit une notice sur M. le Prof. Gaudier (de Lille) correspondant national récemment décédé.

La fièvre typhoïde en 1942. Augmentation. Prophylaxie par la vaccination. — MM. Tanon et Cambessédès. — La fièvre typhoïde a augmenté cette année assez sensiblement. La moyenne qui était de 500 à 1.200 cas par an, dans ces dix dernières années, à Paris et dans le département de la Seine, est un peu plus élevée depuis le début de 1942. Jusqu'en novembre on compte 1.021 cas. L'enquête a montré que cette recrudescence tenait surtout à l'alimentation par les légumes crus qui la plupart du temps sont insuffisamment lavés. Ils proposent, en conséquence, à l'Académie de renouveler ses vœux antérieurs en faveur de la vaccination faite dans l'enfance avec le vaccin triple, qui donne très peu de réactions.

Action de la folliculine sur le métabolisme du calcium chez les oiseaux en régime normal et en régime acalcique. — MM. J. Benoit et J. Clavert (présentation faite par M. Courrier). — Chez les canards et les pigeons, alimentés normalement, la folliculine détermine une ostéogénèse médullaire importante et enrichit le squelette en sels calcaires grâce à l'apport de calcium venant de l'intestin dont la folliculine a augmenté le pouvoir absorbant. Chez des canards soumis à un régime acalcique ou hypocalcique, la même hormone détermine également une ostéogenèse médullaire, mais entraîne concurremment une forte résorption de l'os ancien, nécessitée par le prélèvement dans ce dernier du calcium nécessaire à l'édification de l'os nouveau.

Ces notions conduisent peut-être, tout au moins partiellement, vers l'explication pathogénique de l'ostéomalacie.

Etude clinique du typhus exanthématique chez les sujets vaccinés par le vaccin Durand-Giroud. Valeur prophylactique de ce vaccin. — MM. René Martin, Vittoz, Sureau et Mlle Nicole Bourcart ont pu observer 8 cas de typhus chez des sujets vaccinés exposés par leur travail de laboratoire, à des infections typhiques journalières et massives.

Grâce à la vaccination antirickettsienne T. H. (méthode de Durand-Giroud) ces huit malades ont tous fait un typhus bénin, parfois même fruste ou ambulatoire. Une femme non vaccinée, contaminée dans le même laboratoire a, par contre, fait un typhus grave ayant mis ses jours en danger. Deux autres sujets vaccinés par la méthode de Weigl, et contaminés dans les mêmes conditions, ont fait des typhus sévères, beaucoup plus graves que le cas le plus sérieux observé chez les vaccinés par la méthode Durand-Giroud.

De cette étude il ressort nettement, que les sujets immunisés par le vaccin Durand-Giroud et soumis à une contamination journalière répétée et importante, s'ils ne sont pas à l'abri de contracter le typhus dans ces conditions particulièrement sévères de contamination, font néanmoins une affection toujours bénigne ; aussi, il paraît logique d'admettre que le vaccin Durand-Giroud confère une immunité suffisante pour préserver les sujets vaccinés des contaminations fugaces et passagères qui sont à redouter dans l'infection épidémique habituelle.

La composition actuelle des rations alimentaires pour femmes allaitantes a-t-elle une influence sur la composition du lait maternel ? Résultats expérimentaux après une enquête en février-mars 1942. — Mmes L. Randoin et J. Boisselot, MM. A. Rossier et P. Fournier. — Dans l'ensemble des recherches de Mme Randoin on voit que la valeur calorifique du lait maternel, sa teneur en substances énergétiques n'ont pas été influencées par le régime déficient des mères. Notons que le taux du calcium est en rapport avec son taux dans la ration. Il n'en est pas de même du phosphore, d'où déséquilibre phosphocalcique. Enfin et surtout, insuffisance et déséquilibre des vitamines.

Une prophylaxie attentive s'impose. L'enfant, même au sein, devra recevoir chaque jour un peu de jus de fruits frais ou de jus de légumes et quelques gouttes d'huile de foie frais de poisson. Si cette dernière condition n'est pas remplie, il conviendra de lui donner la quantité nécessaire et suffisante de vitamine A et de vitamine D sous forme de préparations concentrées. On pourra également veiller à son insolation.

En conclusion, certains déséquilibres reflètent, on le voit, dans le lait maternel, les restrictions alimentaires que subit actuellement la femme qui allaite, malgré les suppléments qui lui sont accordés. Il faut s'efforcer d'y remédier, afin que le lait maternel reste l'aliment parfait qu'il doit toujours être pour le nourrisson.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1942

A propos de l'exérèse des tumeurs mixtes. — M. Cadenat est partisan d'utiliser le ventre antérieur du digastrique. Cette méthode a l'avantage de supprimer la chute de la commissure due à la section de la branche inférieure du facial.

Lipome sous-muqueux intra-cavitaire du côlon ascendant. — M. Grinda. — M. d'Allaines, rapporteur.

Cinq cas de péritonites à pneumocoques. — M. A. Stree traite la question sulfamides et chirurgie.

Un cas de péritonite à pneumocoques. — M. Cl. Rouvillois. — M. Blondin rapporte ces observations et insiste sur l'action remarquable des sulfamides par voie intra-péritonéale et buccale associées.

M. Leveuf rappelle la difficulté du diagnostic de péritonite à pneumocoques et conseille, en cas de doute, d'avoir recours à l'intervention exploratrice. M. Fèvre est de cet avis mais observe toutefois que depuis quelques années il n'a vu que des formes à virulence atténuée.

M. Mondor rappelle les statistiques opératoires très favorables. Il insiste sur le fait que l'abcédation de ces pelvipéritonites est toujours lente et conseille de savoir attendre pour intervenir.

Hématome cérébelleux traumatique chez un malade opéré quatre ans auparavant d'un astrocytome du cervelet. — M. Ferey.

Un cas d'échinococcose alvéolaire parisienne. — MM. d'Allaines, Hillemand et Delarue. — Il existe en France plusieurs foyers de cette rare affection particulièrement dans l'Est. Le pronostic étant régulièrement fatal, les auteurs estiment que l'intervention est toujours indéfinie, l'exérèse se faisant en passant dans le parenchyme hépatique.

M. Wilmoth espère que le cas de d'Allaines incitera à d'autres publications. Il serait intéressant, en particulier, de savoir si le parasite est le même que celui du kyste hydatique.

Tumeur rétropancréatique. Métastase ganglionnaire d'un séminome du testicule sans lésions apparentes des testicules. — MM. Bazy et Denoix. — Chez ce malade une périgastrite fut d'abord évoquée. Puis au vu de l'élargissement radiologique du cadre duodénal et du dégettement en avant de l'estomac les auteurs firent le diagnostic clinique de tumeur rétropancréatique. La biopsie puis l'examen histologique établirent l'existence d'un séminome.

M. Huet a rencontré avec Lecène un cas semblable. L'orchidotomie montra un séminome intra-testiculaire. M. Sauvé rappelle également une observation personnelle.

Traitement neuro-chirurgical des dilatations pyélo-urétérales. — MM. B. Gey et R. Couvelaire présentent quatre observations qui leur ont permis d'étudier l'influence de la section du splanchnique sur les dilatations pyélo-urétérales.

Traitement neuro-chirurgical de l'hydronéphrose et des dilatations idiopathiques de l'uretère. — M. Servelle. — M. Couvelaire rapporteur. Il estime peu efficace la section du splanchnique. Toutefois, au point de vue expérimental, la méthode reste intéressante.

CONGESTIONS PULMONAIRES
BRONCHITES
BRONCHO PNEUMONIES
COMPLICATIONS PULMONAIRES POST OPÉRATOIRES
LYSATS VACCINS du Dr DUCHON
BRONCHO VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS
LYSAT VACCIN DES INFECTIONS BRONCHO PULMONAIRES
VACCIN INJECTABLE

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1942

Cancer du rectum chez un enfant de 11 ans. — M. BAILLIS. M. Al. MOUCHET, rapporteur.

Un cas d'opération de Richet. — M. CHARBONNEL.

L'urétéro-cysto-néostomie. Remarques à propos d'un cas de section double des uretères. — MM. R. GOUVERNEUR et A. DUFOUR ont obtenu par une réimplantation faite d'un côté un excellent résultat ; de l'autre côté la section haute de l'uretère n'a pas permis cette intervention. Ils précisent les conditions techniques de la réimplantation qui doit être faite sur une paroi vésicale saine, sans traction ; il faut donc que la section ne soit pas à plus de 4 cm. de la vessie.

La résection du genou dans le traitement des arthrites suppurées. — M. BARRET. — M. WELTI lit ce travail basé sur six observations dans lesquelles le résultat obtenu fut très satisfaisant.

M. R. BERNARD sur 4 cas a eu une mort post-opératoire qu'il attribue à l'ouverture de l'os par section osseuse.

M. BLONDIN estime qu'il ne faut pas trop retarder l'amputation.

M. HUET considère que la résection est indiquée dès qu'il apparaît un pincement articulaire sur la radiographie.

MM. COUVELAIRE et WELTI ont eu de bons résultats avec la résection intra-fébrile.

Vaccination, désensibilisation ou adaptation pré-opératoire. — M. J. GOSSET rappelle les principes directeurs de la vaccination telle que l'a mise au point L. BAZY. Il discute ensuite le rôle de l'allergie seule dans l'apparition de certaines complications post-opératoires ; ayant utilisé l'histaminothérapie pré-opératoire, M. Gosset a obtenu des résultats analogues à ceux obtenus par la bactériothérapie. En l'absence de foyer infectieux la désensibilisation pré-opératoire par l'histamine s'avère donc très efficace.

M. LEVEUF n'a pu tirer aucune conclusion de ses recherches sur la désensibilisation à l'histamine devant le choc traumatique.

Cinq cas d'occlusion du grêle traités par anastomose de dérivation entre le grêle distendu et le gros intestin. — M. BARBIER.

M. BROCQ croit que dans plusieurs de ces observations l'aspiration duodénale continue aurait mis fin aux accidents.

Contribution à l'étude du traitement de l'occlusion intestinale par dérivation interne (d'après 5 observations). — M. R. DUPONT. — M. Jean QUÉNU rapporte ce travail dans lequel il souligne que chaque fois l'opération a été bien supportée ; mais dans deux cas il y a eu occlusion secondaire, les anses intestinales s'étant engagées dans la boucle formée par l'entéro-anastomose.

M. SÉNÈQUE estime qu'il ne faut pas être trop optimiste dans le résultat de l'aspiration continue et que s'il persiste un arrêt des gaz il faut intervenir et aller lever l'obstacle.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1942

Endocardite maligne subaiguë à entérocoques. — MM. BRULÉ, P. HILLEMAND et L. GRAS. — Observation d'une endocardite maligne subaiguë, greffée sur une insuffisance mitrale ancienne, et ayant provoqué une hémiplégie avec réaction méningée forte, mais transitoire. De nombreuses hémocultures pratiquées permirent d'isoler le même microbe, poussant beaucoup mieux en milieux anaérobies. Ce coccus fut identifié par REILLY comme un entérocoque caractérisé qui doit être considéré comme l'agent fréquent des endocardites malignes.

Macrogénitosomie précoce et gliome (astrocytome) **de la région opto-chiasmatique.** — MM. R. CLEMENT, PUECH et Mlle DELON. — Chez un garçon de sept ans : syndrome morphologique de maturité sexuelle (organes génitaux et caractères sexuels d'un enfant de quinze ans) ; hypertrophie staturale (taille, poids d'un enfant de quinze ans) ; syndrome d'hypertension intra-cranienne indiquant une intervention qui permet d'enlever un gliome astrocytaire et méningoblastique de la région supra-stellaire comprimant la partie antérieure du troisième ventricule et ayant provoqué une hydrocéphalie importante.

Infection à pneumocoques de l'enfance en bas âge. — MM. RIBADEAU-DUMAS et CHABRUN. — Les auteurs insistent sur le rôle du pneumocoque dans les infections des nourrissons et sur la variété des formes cliniques qui en résultent. Parmi les localisations on peut citer les otomastoïdites, les formes pleuro-pulmonaires, les ostéomyélites. L'élément prédominant de la gravité de ces formes semble une influence épidémiologique non précisé. Les auteurs signalent à ce propos, l'observation d'un enfant chez qui les localisations les plus diverses se succédèrent pendant dix mois.

Maladie d'Addison stabilisée depuis onze mois après implantation sous-cutanée de comprimés d'acétate de désoxycorticostérone. — MM. BARIÉTY et HANAUT. — Les auteurs soulignent l'action thérapeutique obtenue par cette méthode, l'absence d'incidents, la durée d'action, les prodromes de fin de résorption et la conduite à tenir à ce moment.

Hirsutisme, hypertension artérielle, hémorragie méningée et cortico-surrénale chez une fillette de quatre ans et demi. — M. R. CLEMENT et Mme DEBAIN. — Cette observation est celle du syndrome morphologique d'hirsutisme d'Apert et de virilisme ayant débuté à l'âge de huit mois. Mort brusque par hémorragie méningée due à l'hypertension artérielle concomitante. Le syndrome et l'hypertension étant dus à un épithéliome cortico-surrénal.

Nanisme rénal et malformations des voies urinaires. — MM. R. CLEMENT, LONGUET, MARCEL et GERBEAUX. — Cas d'un enfant de quatorze ans atteint de nanisme proportionné avec infantilisme. La croissance s'est arrêtée à l'âge de neuf ans et l'urémie progressive ne s'est manifestée que durant les derniers mois, alors que l'urée sanguine était déjà au-dessus de 5 gr. 40 par litre. Dans tous les nanismes il est utile de rechercher l'état fonctionnel des reins et la malformation des voies urinaires.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1942

Traitement du syndrome de Raynaud par l'yohimbine. — M. CACHERA. — Le chlorhydrate d'yohimbine est absorbé par voie buccale à la dose de 0,02 par jour. Si le résultat est favorable : disparition rapide et totale des crises. Il peut être durable. Une fois sur deux, il ne produit aucune modification, sans qu'on puisse en savoir la raison. Pour expliquer l'inconstance, l'auteur en analyse le mode d'action vasculaire périphérique. La différence entre les divers cas cliniques traités réside peut-être dans la transmission de l'incitation nerveuse autonome au muscle lissé des petits vaisseaux.

Kystes pulmonaires à forme d'abcès à rechutes. — MM. BARIÉTY et LEJARD. — Observation d'un malade qui, pendant sept ans, fut soigné pour un abcès pulmonaire à rechutes. Il s'agissait de kystes situés à la base du poumon gauche, communiquant suffisamment avec les bronches pour être injectés par le lipiodol. La bronchoscopie n'a montré qu'un rétrécissement de l'orifice bronchique gauche.

Un cas de maladie de Vaquez terminée par une réticulose aiguë. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, J. BUSSER, Et. FATOU et René WOLFROMM. — Un homme de 56 ans, de souche pléthorique, présente pendant 11 ans une maladie de Vaquez typique. En septembre 1941, la polyglobulie est remplacée par une anémie qui se termina par la mort en cinq semaines. Les caractéristiques du syndrome sanguin ont été : anémie intense avec présence d'hématies nucléées en assez grand nombre, leucopénie avec hypogranulocytose et pourcentage assez important de myélocytes et de cellules réticulaires, syndrome hémorragique avec aplaquettose presque complète. L'autopsie révéla des lésions de réticulose accentuées au niveau de la moelle osseuse et de la rate et moins intense dans le foie, les ganglions et le rein gauche. Cette observation constitue le premier exemple d'érythrémie terminée par une réticulose aiguë.

PRENEZ PLUTOT un comprimé de
CORYDRANE
ACÉTYL - SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE
GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES
l'aspirine qui remonte
SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

Thérapeutique de l'œdème de dénutrition par les vitamines, le sucre, la caséine, le beurre, le lait et le soja. Déductions étiologiques. — MM. H. Gounelle, M. Bachet et J. Marche. — Les auteurs ont traité des œdémateux par un complément alimentaire de nature variable ajouté à leur ration de base.

1° Sont restés inefficaces les vitamines et le sucre.

2° Ont exercé un effet favorable : la caséine, le beurre, le lait et le soja. S'il fallait opérer un classement selon leur efficacité, en tête viendrait le soja, puis la caséine, le lait et en dernier rang le beurre.

3° La ration lait avec 3.100 calories est moins efficiente que la ration soja avec 2.300 calories.

4° Les rations soja et caséine, riches en protides, paraissent avoir une action plus spécifique que la ration beurre riche en lipides.

5° La ration œdématogène carencée en protides d'origine animale se trouve compensée après adjonction d'un aliment d'origine végétale comme le soja.

6° Les lipides possèdent une efficacité notable.

7° Faut-il penser que ce qui joue, c'est un besoin différencié d'azote ; dans leur efficacité sur l'œdème de dénutrition, les protides se classent-ils d'après leur composition interne en aminoacides ?

Maladie polykystique des poumons. Topographie lobaire supérieure et à forme hémoptoïque. — MM. Bariéty, Cord et Gouin. — Observation d'une malade de 61 ans atteinte de toux, d'hémoptysies et d'expectorations muco-purulentes. La radiographie montre des images aréolaires multiples au tiers supérieur des deux poumons. Les auteurs étudient les conditions de perméabilité des kystes pulmonaires au lipiodol et la place nosologique de ces malformations.

INFORMATIONS

(suite de la page 422)

Société pour femmes et enfants de médecins. — La Société de Secours mutuels et de Retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.), 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), a pu, au cours des trois premiers trimestres de 1942, continuer à secourir ses veuves et ses orphelins, grâce, en partie, aux libéralités des laboratoires de spécialités pharmaceutiques, dont les subventions s'élèvent à la somme totale de 48.400 francs, se décomposant comme suit :

1 don de 10.000 francs : Laboratoire du Dr Debat.

3 dons de 2.000 francs : Laboratoire du Dr P. Astier, Laboratoire de Médecine expérimentale (Tétard, à Beauvais), Laboratoire des Ampho-Vaccins Ronchèse.

1 don de 1.100 francs : Laboratoire Rosa.

18 dons de 1.000 francs : Laboratoire Bailly et Cie, Laboratoire Bottu, Laboratoire Catillon, Laboratoire Choay, Laboratoire Ciba, Laboratoire Clin (Comar et Cie), Laboratoire Corbière, Laboratoire Deglaude, Laboratoire Freyssinge, Laboratoire Le Brun, Laboratoire Lematte et Boinot, Laboratoire Lobica, Laboratoire Midy et fils, Laboratoire Robert et Carrière, Produits Roche, Laboratoire Henry Rogier, Laboratoire du Dr Roussel, Laboratoire Spécia.

18 dons de 500 francs : Laboratoire Bonthoux (fluxine), Laboratoire du Dr Boucard (Lactéol), Laboratoire Byla, Laboratoire Crinex-Uvé, Laboratoire Houdé, Laboratoire Lescène, Laboratoire d'analyses du Dr R. Letulle, L. E. V. A. (Laboratoire d'essences végétales antiseptiques), Laboratoire Nativelle, Laboratoire Oberlin, Laboratoire Odinot (Gastro-Sodine), O. V. P. (Office de Vulgarisation pharmaceutique), Laboratoire du Dr Pinard, Cie des Eaux minérales de Pougues, Laboratoire Albert Rolland, Laboratoire Scientia, Société Générale des Eaux minérales de Vals-Saint-Jean, Laboratoire Zizine.

26 autres dons ont été faits par les Laboratoires Cantin, Famel, Fournier, Mayoly-Spindler, Société française des eaux minérales (Prévoyance médicale), Michel Delalande, Endopancrine Deslandre, Albert Ranson, Ephédrine Béral, Biologie appliquée (Carrion), Brisson (Dedet et Cie), Roger Cavaillès, Carron, Dausse, Dehaussy, Dumesnil, Fumouse (Glover et Cie), Galbrun, Leprince, Mouneyrat, Reaubourg (Passiflorine), Sandoz, Soudan.

Il est à souhaiter que la Société reçoive encore d'autres subventions au cours du dernier trimestre pour combler le vide causé par la suppression momentanée du Bal de la Médecine française.

Cours

Clinique médicale (Hôpital Bichat). — Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot.

Leçons sur des sujets médicaux d'actualité. — Une série de conférences sur des sujets médicaux d'actualité sera faite à l'Amphithéâtre de l'Hôpital Bichat, les mercredis suivants, à 10 h. 45.

Programme des conférences. — 25 novembre : M. Jean Rostand. Les hormones dans les phénomènes biologiques. — 2 décembre : M. Bernard Fey, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Opportunité des interventions chirurgicales dans les néphrites. — 9 décembre : M. Gouverneur, chirurgien des hôpitaux. Opportunité des interventions chirurgicales dans les néphrites. — 16 décembre : M. L. Michon, chirurgien des hôpitaux. Opportunité des interventions chirurgicales dans les néphrites. — 23 décembre : M. le professeur Bezançon, professeur honoraire à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine. La notion de poussée évolutive en tuberculose pulmonaire. — **6 janvier 1943** : M. L. Nègre, chef de service à l'Institut Pasteur. Les techniques nouvelles de vaccination par le B. C. G. — 13 janvier : M. L. de Gennes, agrégé, médecin des hôpitaux. Les syndromes hypophysaires. — 20 janvier : M. L. de Gennes, agrégé, médecin des hôpitaux. Les syndromes hypophysaires (suite et fin). — 27 janvier : M. F. Nitti, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. Mode d'action de la chimiothérapie antimicrobienne par les sulfamides. — 3 février : M. Achille Urbain, professeur au Muséum National d'histoire naturelle. L'encéphalomyélite des équidés. Sa propagation à l'espèce humaine. — 10 février : M. Dérot, médecin des hôpitaux. Le diabète simple et les états « paradiabétiques ». — 17 février : M. Dérot, médecin des hôpitaux. L'acidose diabétique.

Ces conférences sont libres. Elles sont destinées aux étudiants et aux médecins.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie de la face et de la région maxillo-faciale (indications et procédés opératoires), par Maurice Aubry, laryngologiste des hôpitaux de Paris, et Charles Freidel, professeur à l'Ecole dentaire de Lyon. Un volume de 690 pages avec 473 figures. **Prix : 280 francs.** Masson et Cie, éditeurs.

Cet ouvrage s'adresse non seulement à l'oto-rhino-laryngologiste et au stomatologiste, spécialistes que la chirurgie maxillo-faciale intéresse tout particulièrement, mais aussi au chirurgien et au dentiste qui souvent sont appelés à donner les premiers soins aux traumatismes de la face et aux diverses affections des mâchoires. Il est donc utile à tous ceux qui, directement ou indirectement, ont à soigner ou à diriger le traitement des nombreuses lésions de la face, de la bouche, des mâchoires et des dents.

Les auteurs y ont groupé des affections qui habituellement sont traitées dans différents ouvrages : les unes étant surtout décrites dans les livres de stomatologie, les autres dans les traités d'oto-rhino-laryngologie, d'autres encore dans les ouvrages de chirurgie générale ou même de chirurgie spécialisée. Ainsi pour la première fois, en France, sont étudiés en un seul volume la description clinique et le traitement chirurgical de ces diverses lésions et cet ensemble constitue un véritable traité de chirurgie de la face.

Divisé en quatre parties, cet ouvrage étudie successivement les affections de l'étage moyen de la face ou maxillo-nasal ; celles de l'étage inférieur ou mandibulaire ; celles de la cavité buccale ; enfin la quatrième partie expose les problèmes thérapeutiques de la chirurgie réparatrice de la face que les circonstances actuelles rendent plus que jamais d'actualité.

Les auteurs ne se bornent pas à exposer les résultats qu'ils ont obtenus, ils tiennent largement compte des travaux précédemment publiés. Ce livre étant conçu dans un but essentiellement pratique, chaque médecin, chirurgien ou spécialiste, même éloigné d'un centre, y trouvera la « tactique chirurgicale » à opposer à chaque cas particulier sans s'exposer à des tâtonnements thérapeutiques souvent regrettables.

L'abondance des dessins, que les auteurs ont souvent préféré à des photographies spectaculaires, permettra de comprendre facilement les divers temps opératoires et facilitera grandement le travail du médecin qui aura à traiter une lésion maxillo-faciale.

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE

VALS SAINT-JEAN

ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre



MÉNINGOCOQUES
PNEUMOCOQUES
STREPTOCOQUES
GONOCOQUES
COLIBACILLES
STAPHYLOCOQUES



Bien que chacun de ces deux sulfamides ait une action élective

LEUR EXTRÊME POLYVALENCE AUTORISE LEUR SUBSTITUTION RÉCIPROQUE EN CAS DE DIFFICULTÉ D'APPROVISIONNEMENT

fabrications maintenues concurremment

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE • 21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • (8e)



GÉNATROPINE

SÉDATIF DU VAGUE

Hyperchlorhydrie
Spasmes Digestifs
Vomissements
Coliques - Diarrhées

GRANULES - GOUTTES - AMPOULES

Laboratoires AMIDO
4, Place des Vosges - PARIS
Zone libre : Laboratoires Amido - RIOM (P.-de-D.)

Granules CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine " Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

LA 9ME ÉDITION
DU
FORMULAIRE ASTIER [1942]

Entièrement **refondue, corrigée** et **mise à jour**
Avec préface du Professeur A. BAUDOUIN (Doyen de la Faculté de Médecine de Paris)

◆

En avance d'un an sur le rythme triennal de sa parution, la 9me édition du FORMULAIRE ASTIER, malgré les difficultés actuelles, toujours en progrès sur les précédentes, reste le mémento indispensable du praticien et de l'étudiant.

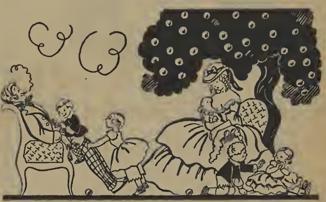
◆

Un volume in-18 raisin de 1.250 pages, reliure peau souple - Prix : 90 francs
Avec réduction de 40 0/0 aux membres du Corps Médical, net : 54 francs + frais d'envoi 6 francs, soit **60 francs**
Au MONDE MÉDICAL, 42, rue du Docteur-Blanche — PARIS
Joindre à toute commande son montant par chèque, mandat-poste ou virement au compte courant postal Paris 146-00



Viosten

Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines



Deficiences organiques

Comprimés • Injections de 1 c.c. • Granulés

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19



N° 35. — 1er DECEMBRE 1942 115e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. *Chèques postaux Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de médecin des hôpitaux (sous admissibilité), 12 places. Classement : MM. Debray, Turiaf, Bolgert, Facquet, Brouet, Thieffry, de Graciansky, Laplane, Domart, Bouvrain, Duval et Gaultier.

Concours pour huit places d'admissibles définitifs au concours de médecins des hôpitaux. — Jury : MM. Pagniez, Garcin, Hillemand, Lian, Boidin (H.), Pollet, Turpin, Laignel-Lavastine, Decourt, Boulin, Faroy, Heuyer.

Concours d'accoucheur des hôpitaux (une place). — Jury : MM. Ecalle, Jeannin, Devraigne, Lantuéjoul, Lacomme, Chirie, Ravina, Clément, Wilmoth.

Concours d'assistants en chirurgie. — Ont été nommés : MM. Roux, 85 ; Cauchoix, 85 ; Poilleux, 84 ; Léger, 84 ; Billet, 83 ; Lortat-Jacob, 83 ; Chevallier, 82 ; Delinotte, 81 ; Beuzart, 79 ; Rouvillois, 78 ; Mathey, 78 ; Chigot, 77.

Concours d'assistants en obstétrique. — Ont été nommés : MM. Landrieu, 85 p. et Richard, 83 p.

Concours pour huit places d'attaché d'électrologie. — Ont été nommés : MM. Noix, 99 ; Mlle Mottez, 89 ; Loiseau, 81 ; Vedel, 81 ; Angamarre, 79 ; Bourdon, 75 ; Corrion 72 ; Levecq, 71.

Concours pour la nomination d'assistants en médecine des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 18 décembre 1942, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle du Conseil de Surveillance), 3, avenue Victoria (2e étage). Inscriptions du 23 novembre au 3 décembre 1942 inclus.

Concours pour la nomination à deux places d'assistants d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 16 décembre 1942, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de Surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage). Inscriptions du 24 novembre au 2 décembre 1942 inclus.

Concours des prix de l'internat (chirurgie et accouchement). — Jury. Oto-rhino-laryngologiste : M. Leroux. Chirurgiens : MM. Monod (Robert), Sorrel, Gérard-Marchant, Boudreaux. Accoucheur : M. Lantuéjoul.

Concours des prix de l'Internat (médecine). — Jury. Médecins : MM. Vallery-Radot, Baudouin (honoraire), Soulié, Rivet, Grenet.

Concours de l'externat. — Jury : MM. Lereboullet (Jean), Benoist, Poumailloux, Bousser, Mouchet, Cordier, Petit, Boudreaux, Dollfus.

Hôpitaux de Province

Orléans. — Un CONCOURS pour une place de CHIRURGIEN UROLOGISTE ADJOINT à l'hôpital d'Orléans aura lieu à l'Ecole de Médecine de Tours, le mardi 15 décembre 1942, à 8 h. 30.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur général des hôpitaux d'Orléans.

Rouen. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Ce concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires s'ouvrira le jeudi 14 janvier 1943, à 16 h. 30, à l'hospice général. Inscription au Secrétariat des hospices le 29 décembre 1942, à 18 heures au plus tard.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des hospices civils, 1, rue de Germont, à Rouen.

Hospices Civils de Saint-Etienne. — Un concours s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu ou à l'hôpital de Grange-Blanche de Lyon, le lundi 12 avril 1943, pour la nomination d'un urologiste des hôpitaux de Saint-Etienne.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général des Hospices, 37 bis, rue Michelet, à Saint-Etienne, où le registre d'inscription sera clos le vendredi 2 avril 1943, à 12 heures.

Faculté de Médecine de Paris

M. Sézary, agrégé, a été nommé professeur honoraire.

Facultés de Médecine de Province

Alger. — Est déclarée vacante la chaire de chimie générale pharmaceutique et toxicologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger (dernier titulaire : M. Wunschendorff).

Lille. — M. Boulanger, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1942, professeur titulaire de la chaire de chimie minérale et toxicologie de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille. (*J. O.*, 11 novembre 1942.)

Lyon. — Est déclarée vacante la chaire de clinique des maladies infectieuses de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire : M. Chalier, décédé).

Toulouse. — M. Morel, agrégé, a été nommé professeur de médecine légale et déontologie.

— Sont déclarées vacantes : la chaire de matière médicale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse (dernier titulaire : M. Maurin, retraité).

La chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

La chaire de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Ecoles de Médecine

Amiens. — M. Girard, professeur suppléant de pathologie et clinique médicale a été à nouveau chargé du service de la chaire de pathologie interne.

M. Hautefeuille, professeur de pathologie interne, a été chargé à nouveau du service de la chaire de clinique médicale.

Intérieur

Citation à l'ordre de la Nation. — M. le Dr Ganascia (Gabriel), médecin communal à Tlemcen : A combattu avec le dévouement le plus absolu et un mépris total du danger l'épidémie de typhus, jusqu'au moment où il a contracté lui-même la maladie dont il devait être victime.

Médaille des épidémies

La MÉDAILLE D'OR (à titre posthume) a été décernée à M. le Dr Pines (Jacques), médecin de la Santé publique à Rabat, décédé des suites d'une maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions. (*J. O.*, 6 novembre 1942.)

Santé Publique

Secrétariat général de la Santé à Paris. — Le *Journal Officiel* du 18 novembre a publié le décret, que nous avons déjà annoncé, nommant le Dr Xavier Leclainche secrétaire général de la Santé et de l'Assistance à Paris.

Assistance Publique à Paris. — Un arrêté du 28 octobre 1942 (*J. O.*, 15 nov. 1942), fixe à 65 ans la limite d'âge du directeur général de l'Assistance Publique à Paris. Dans l'intérêt du service, le directeur général peut être maintenu en fonction jusqu'à l'âge de 67 ans.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE — 27, Rue de la Procession - PARIS 15

Conseil Supérieur d'hygiène publique de France. — Le premier alinéa de l'article 9 du décret n° 2127 du 21 juillet 1942 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

Les auditeurs sont nommés par le Secrétaire d'Etat sur une liste double de présentation. Ils sont répartis en six catégories dans les proportions suivantes :

Bactériologistes : 3. Chimistes, physiciens, pharmaciens : 3. Docteurs en médecine : 4. Fonctionnaires sanitaires : 3. Ingénieurs, hydrologues, géologues, architectes : 6. Vétérinaire : 1.

Cours

Chaire de la Clinique gynécologique, hôpital Broca (111, rue Broca). Professeur : Pierre Mocquot. Cours de biologie expérimentale. M. R. Moricard, avec la collaboration de Mlle S. Gothie, de MM. Giroud et Varangot, a commencé le 30 novembre 1942 un cours de biologie expérimentale. Les leçons ont lieu le matin, de 11 heures à 12 heures.

Autant que les circonstances le permettront, des travaux pratiques seront réalisés dans l'après-midi, de 16 h. 30 à 18 heures.

Droits d'inscription : 300 francs. Le nombre des inscriptions est limité. S'inscrire à la Faculté de Médecine, au Secrétariat, les lundi, mercredi et vendredi (guichet n° 4, de 14 heures à 16 heures).

Clinique chirurgicale Saint-Antoine. — Un cours complémentaire d'endocrinologie gynécologique, sous la direction de M. le Professeur Cadenat, professeur de clinique chirurgicale, sera fait par M. Claude Beclère, assistant de gynécologie de la clinique, à partir du lundi 30 novembre 1942, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.

Ce cours a lieu chaque jour, du lundi 30 novembre au jeudi 10 décembre inclus, à 18 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique. Ce cours est librement ouvert aux docteurs en médecine ainsi qu'aux internes et externes des hôpitaux.

Les conférences de l'Ecole homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, ont repris une fois par semaine à l'hôpital Saint-Jacques 37, rue des Volontaires, à Paris-15e (métro Volontaires), à 18 heures, depuis le vendredi 20 novembre.

Programme des cours. Dr Rousseau : L'homéopathie dans ses rapports avec l'opothérapie. — Dr Bitterlin : Maladies de l'appareil respiratoire. — Dr Bucquoy : Les tempéraments. — M. Danos : Eléments de pharmacopée homéopathique spéciale.

L'enseignement de l'Ecole homéopathique de Paris est entièrement gratuit.

L'Ecole Centrale de Puériculture, 51, avenue Victor-Emmanuel-III (au Comité National de l'Enfance), a fêté le 8 novembre son 25e anniversaire, sous la présidence de son fondateur, le Dr Lesage, membre de l'Académie de Médecine, entouré de MM. les Drs Comby, Lereboullet, Lesné, Ribadeau-Dumas, Devraigne, Huber.

Le Dr Rouèche retraça l'histoire de l'Ecole depuis 1917 jusqu'à ce jour et montra son extension et son développement par des filiales de province.

L'Assemblée générale a adopté les propositions de son président et nomma M. le Professeur Nobécourt, président d'honneur, le Dr Devraigne, vice-président, le Dr Rouèche, secrétaire général et directeur de l'Ecole. Mlle le Dr Marie-Thérèse Comby fut chargée de la direction des élèves et des cours, en qualité de monitrice.

Sur la proposition de M. le Dr Ribadeau-Dumas, une commission fut nommée et sera chargée d'étudier la standardisation des études pratiques de puériculture.

Nécrologie

Le Dr CHAPON

Le 10 novembre 1942 ont eu lieu à Issoudun (Indre), en l'église Saint-Cyr, les obsèques religieuses du Dr Louis Chapon, officier de la Légion d'honneur, président de l'Association générale des Médecins de France, décédé le 8 novembre à l'âge de 77 ans. Le cercueil disparaissait sous les fleurs. Les cordons du poêle étaient tenus par : M. le Professeur Zipfel, de l'Ecole de Médecine de Dijon ; M. le Professeur Busquet, de la Faculté de Médecine de Paris ; M. Henri Gaignault, imprimeur ; M. le Dr L. Robert, président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de l'Indre. Suivant la volonté du défunt, aucun discours ne fut prononcé. Le Dr Chapon emporte les unanimes regrets du corps médical qu'il a servi toute sa vie avec ténacité et abnégation. Tous ceux qui l'approchaient étaient séduits par son affabilité et sa bienveillance. Il avait gardé une simplicité qui lui attirait spontanément toutes les sympathies. Il était Président-Directeur général de la Prévoyance médicale et avait été élu par deux fois Président de l'Association générale des Médecins de France à la presque unanimité des suffrages. Son élévation au grade d'Officier de la Légion d'honneur fut la juste récompense de son dévouement aux œuvres de solidarité médicale.

On annonce la mort de Mme le Dr Alice Sollier, décédée à Saint-Cloud. Elle était la veuve du regretté psychiatre, le Dr Paul Sollier.

— Du Dr René Gaultier, ancien président de la Société de Médecine de Paris.

— Du Professeur Louis Hugounenq, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Lyon, associé national de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris.

— De M. Bégouin, professeur honoraire de clinique chirurgicale à Bordeaux.

Ordre des Médecins

Communiqués du Conseil Supérieur

Alcool. — L'alcool à brûler pour besoins professionnels est délivré sous forme de bons par les Services répartiteurs des Préfectures. Ces Services ont des instructions pour comprendre les médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires dans la catégorie prioritaire E.

Toutes les demandes d'alcool à flamber et alcool pur doivent être adressées aux Conseils départementaux et *exclusivement à eux*. Il est inutile de s'adresser à l'Office de Répartition ou au Conseil Supérieur.

Les demandes centralisées par les Conseils départementaux sont transmises au Conseil Supérieur. Le Conseil Supérieur recevra une allocation globale chaque trimestre et répartira la quantité qui lui est allouée au prorata du nombre des médecins dans chaque département.

L'Office de Répartition du Pétrole insiste sur le fait que des médecins bénéficiant déjà de gaz butane ne peuvent prétendre qu'à une allocation minime d'alcool à brûler. Or, cet Office a constaté que certains médecins expriment des besoins mensuels de l'ordre de 12 à 15 litres d'alcool à brûler, bien que possédant déjà pour leurs besoins professionnels du gaz butane. L'Office attire l'attention de ces médecins sur les graves ennuis qui peuvent résulter de cette façon de procéder.

La Commission de Protection des Intérêts des Médecins Prisonniers et son président, le Dr Marcel Fèvre, font appel à la générosité des confrères pour leur demander de bien vouloir participer à la Caisse de Secours en faveur des familles nécessiteuses des médecins prisonniers ; en raison de la durée de la captivité, le nombre de celles-ci augmente chaque jour.

Faites parvenir chèque, mandat ou virement postal, au Dr Thiébaut François, 8, avenue Eugeaud, Paris (16e), compte chèques postaux n° 3669-32.

Adressez les dons en nature au Dr Lafay, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), qui centralisera ces envois et en assurera le parfait départ vers les camps de prisonniers.

Les fournitures de papier aux Médecins

Les médecins ont eu connaissance par le *Bulletin de l'Ordre* d'octobre 1942 des états qu'ils devaient remplir pour obtenir du papier.

Le Conseil Supérieur est intervenu pour essayer d'obtenir une simplification. Il a reçu de la Section du Papier et du Carton de l'Office central de répartition des produits industriels une réponse qui montre que tout est changé.

Seuls les Comités, Groupements, Corporations peuvent recevoir du papier pour leur usage propre.

Les médecins, en tant qu'individus, doivent s'approvisionner au marché libre.

Communiqués du Conseil départemental de la Seine

I

L'Association Générale des Médecins de France fait connaître au Conseil de l'Ordre de la Seine qu'elle est chargée à nouveau, comme avant la guerre, de distribuer pour l'année 1942 des bourses familiales, grâce à la généreuse initiative du Dr Roussel.

Dix bourses de dix mille francs sont mises à la disposition de l'Association générale en faveur *des Médecins ayant au moins cinq enfants* et des *Veuves en ayant trois à leur charge* et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Le Dr Roussel y ajoute, pour cette année, *cinq bourses de la même valeur*, destinées plus particulièrement *aux femmes de Médecins prisonniers* que l'absence prolongée du soutien de famille met dans une situation pénible.

Les demandes doivent être adressées au siège de l'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), *pour le 1er décembre au plus tard*, avec l'exposé détaillé de la situation familiale et autant que possible de la situation matérielle.

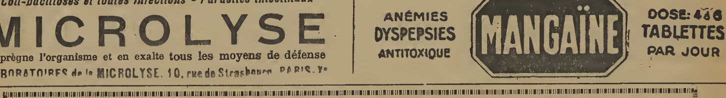
II

Un certain nombre de confrères n'ont pas encore réglé leur cotisation (300 francs) pour 1942.

Le Conseil de l'Ordre rappelle que cette cotisation est une obligation légale et le Trésorier invite instamment ceux qui ne l'ont pas fait à s'en acquitter dans le plus bref délai, soit par chèque bancaire, adressé au Conseil de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, soit par chèque postal Paris 3093-01.

Voir la suite des Informations page 450

Institut catholique d'Infirmières diplômées
85, rue de Sèvres, Paris
Téléphone : LITtré 59-80
INFIRMIÈRES DIPLOMÉES
GARDES-MALADES
SAGES-FEMMES ET RELIGIEUSES
Prix : de 60 à 120 fr. par jour
Connaissances techniques supérieures
Qualités morales assurées
L'Institut n'a jamais fermé malgré la guerre



SPASMOSÉDINE
SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE
CARDIO-VASCULAIRE
LABORATOIRES DEGLAUDE, 15, boulevard Pasteur - PARIS-XVe



TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

AMPOULES

DOSAGE NORMAL
Ampoules de 1cc. dosées à 2 milligrammes
Boîte de 6
1 ampoule tous les jours ou tous les 2 jours et plus (voie sous-cutanée)

DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc. dosées à 10 milligrammes
Boîte de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours et plus (voie sous-cutanée)

COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour selon les cas.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon - PARIS (4e)

DIURÈNE

EXTRAIT
TOTAL
D'ADONIS VERNALIS

TONICARDIAQUE
DIURÉTIQUE PUISSANT

ARYTHMIE COMPLÈTE
Insuffisance ventriculaire
SCLÉROSES ARTÉRIELLES
AFFECTIONS HÉPATIQUES

Laboratoires Carteret, 15, r. d'Argenteuil, Paris

TRINITRINE
ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVIe

POMMADE-VACCIN
polyvalente
INOSEPTA
ABCÈS - FURONCLES - ANTHRAX
PLAIES - BRULURES
et toutes
DERMATOSES
SUPPURÉES

INSÉVA
INSTITUT DE SÉRO ET VACCINOTHÉRAPIE DE GARCHES
LABORATOIRES DU Dr F. DEBAT
60, RUE DE MONCEAU



CORAMINE

NOM DÉPOSÉ

Diéthylamide de l'acide pyridine β carbonique

CIBA

TONIQUE CARDIO-VASCULAIRE
ET RESPIRATOIRE

GOUTTES
XX A C PAR JOUR

AMPOULES
I A 8 PAR JOUR

LABORATOIRES **CIBA** - Dr P. DENOYEL
103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON

Vitamine B1 cristallisée

bévitine

Solution injectable : ampoules de 1cc à 0g002 et à 0g01 (BOITES DE 5)
Comprimés dosés à 0g005 (TUBES DE 20)

POLYNÉVRITES
BÉRIBÉRIQUES
INFECTIEUSES
TOXIQUES
GRAVIDIQUES

NÉVRALGIES & NÉVRITES
Injections sous-cutanées
intramusculaires
ou intraveineuses

TROUBLES DU MÉTABOLISME
DES HYDRATES DE CARBONE

PARÉSIES INTESTINALES
Traitement par voie buccale

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · (8e)

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique



est justiciable de la **NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates cérébraux (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

PUBERTÉ ET TUBERCULOSE

FREQUENCE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE ET DES TUBERCULOSES ACTIVES

MORTALITE TUBERCULEUSE AVANT, PENDANT ET APRES LA PERIODE PUBERALE

Par le Professeur Pierre Nobécourt
de l'Académie de Médecine

La puberté, période pubérale ou pubertaire, est la période de l'existence intermédiaire à l'enfance et à la jeunesse. Pendant son évolution l'organisme subit des transformations importantes qui, de l'enfant, font un jeune homme ou une jeune fille.

Son évolution comporte les mêmes phases *dans les deux sexes*, mais la chronologie est différente.

Chez la *fille*, le début est à 12 ans ou dans la treizième année, l'éclosion à 13 ans ou dans la quatorzième année, l'achèvement à 15 ans ou dans la seizième année. L'éclosion est marquée par la première menstruation.

Chez le *garçon*, les étapes successives sont dans la quinzième (14 ans et demi), la seizième (15 ans et demi), la dix-huitième (17 ans et demi) année.

Entre le début et l'éclosion est la phase initiale, entre l'éclosion et l'achèvement est la phase terminale.

Pendant les trois années qui précèdent le début de la puberté, l'organisme est également l'objet de transformations importantes, notamment d'une poussée de la croissance staturale. On appelle généralement cette période la *période prépubère*. En réalité, la période prépubère débute avec l'existence.

La chronologie ci-dessus est basée sur des moyennes. En fait, les *modalités individuelles*, qui ne dépassent pas les limites des variations physiologiques, sont nombreuses. Il en résulte une grande relativité des données qu'on cherche à établir sur les statistiques.

Depuis longtemps, l'attention des médecins a été attirée sur les relations qui existent entre la puberté et la tuberculose.

Je vais envisager pendant la période pubérale : I. *La fréquence de l'infection tuberculeuse ;* II. *La fréquence des tuberculoses actives ;* III. *La mortalité par tuberculose.*

I. — Fréquence de l'infection tuberculeuse

On apprécie cette fréquence par la pratique systématique des réactions cutanées à la tuberculine.

Les statistiques que j'ai établies avec Sotirios B. Briskas (1) pour les enfants soignés à la *Clinique Médicale des Enfants* de Paris, du 1er janvier 1921 au 31 décembre 1934, m'ont permis d'étudier l'*influence de la sexualité sur la tuberculose* (2).

Voici, pour chaque année d'âge, de 9 à 15 ans, le *nombre des cuti-réactions positives à la tuberculine* chez 100 filles, d'une part, chez 100 garçons, d'aute part.

Années	Puberté des filles	Nombre de C.-R. positives pour 100 — Filles	Garçons	Puberté des garçons
Dixième	Période prépubère	50,2	49,5	
Onzième		64,4	56,9	
Douzième		65,8	59,3	Période prépubère
Treizième	Période pubérale	59,1	63	
Quatorzième		70,1	62,8	
Quinzième		73,4	72,5	Début de la puberté

Ce tableau établit un certain nombre de faits.

Chez les filles : le pourcentage des cuti-réactions positives à la tuberculine est de 50,2 dans la dixième année, *au début de la période prépubère* ; il est le même que pendant les huitième (50,2) et neuvième (53,8) années (3) ;

Il s'élève à 64,4 et 65,8 pendant les onzième et douzième années, *période prépubère ;*

Il diminue légèrement pendant la treizième année (59,1), *début de la puberté ;*

Il augmente pendant les quatorzième (70,1) et quinzième (73,4) années, *éclosion et période terminale de la puberté.*

Ces données peuvent être résumées dans le tableau suivant qui contient les moyennes :

Années	Nombre moyen pour 100 des C.-R. positives	Augmentation du nombre des C.-R. positives pendant la période
Huitième, neuvième, dixième.	51,4	»
Onzième, douzième	65,1	13,7
Quatorzième, quinzième	71,7	6,6

Pendant les deux années qui précèdent la période prépubère et la première année de celle-ci, le pourcentage des cuti-réactions positives est de 51,4 ; pendant les deux dernières années de la période prépubère, il s'élève à 65,1, en augmentation de 13,7.

Pendant les deux annécs de la phase terminale de la puberté, le pourcentage est de 71,7, en augmentation de 6,6.

Au total de 10 à 15 ans (périodes prépubère et pubérale) le pourcentage augmente de 20,3 ; l'augmentation est plus forte pendant la prépuberté que pendant la puberté.

Chez les garçons : la puberté est plus tardive que chez les filles : aussi celle-ci ne peut pas être étudiée dans un hôpital d'enfants, où 15 ans est la limite d'âge de l'admission.

Voici ce que nous apprend notre statistique.

Dans les neuvième, dixième et onzième années le pourcentage des cuti-réactions positives est respectivement de 48, 49,5, 56,9. Il s'élève donc immédiatement *avant le début de la période prépubère.*

Dans les douzième, treizième, quatorzième années (*période prépubère*), il est respectivement de 59,3, 63, 62,8.

Dans la quinzième année, au *début de la puberté*, il atteint 72,5.

Ces données peuvent être résumées dans le tableau suivant qui contient les moyennes :

Années	Nombre moyen pour 100 des C.-R. positives	Augmentation du nombre des C.-R. positives pendant la période
Neuvième, dixième, onzième..	51,4	»
Douzième, treizième, quatorzième	61,7	10,3
Quinzième	72,5	10,8

Pendant les trois années qui précèdent la période prépubère, le pourcentage des cuti-réactions positives est de 51,4. Pendant la période prépubère il est de 61,7, en augmentation de 10,3. Pendant l'année du début de la puberté, il est de 72,5, en augmentation de 10,8.

Au total, de 11 à 15 ans (période prépubère et début de la puberté), le pourcentage augmente de 21,1.

Dans les deux sexes, il y a donc une augmentation importante du pourcentage des cuti-réactions positives à la tuberculine pendant la période prépubérale et au début de la puberté.

D'une façon générale, leur pourcentage est supérieur chez les filles jusqu'à la quatorzième année, période terminale de la puberté, où l'excès est de 7,3 ; dans la quinzième année (achèvement de la puberté chez les filles, début chez les garçons), il est le même dans les deux sexes (73,4 chez les filles, 72,5 chez les garçons).

II. — Fréquence des tuberculoses actives

Parmi les enfants qui sont infectés par le bacille de Koch et ont des réactions cutanées positives à la tuberculine témoignant de cette infection, les uns ont des lésions latentes, *inactives*, les autres des lésions avérées ou occultes en évolution, *actives.*

Je vais étudier pour chaque sexe :

A. Le pourcentage des tuberculoses actives chez les sujets *ayant des réactions cutanées positives à la tuberculine.*

B. Le pourcentage des tuberculoses actives pour l'*ensemble des sujets, ayant ou non des réactions cutanées positives à la tuberculine.*

A. — *Sujets à cuti-réactions positives*

Voici, pour chaque année d'âge, de 9 à 15 ans, le nombre des tuberculoses actives observées chez 100 filles, d'une part, chez 100 garçons, d'autre part, ayant des réactions cutanées positives à la tuberculine. Il faut y joindre quelques enfants qui sont anergiques et ont des réactions négatives.

Années	Puberté des filles	Nombre des tuberculoses actives pour 100 — Filles	Garçons	Puberté des garçons
Dixième	Période prépubère	15,4	17,4	
Onzième		24	16,2	
Douzième		18,4	24,1	Période prépubère
Treizième	Période pubérale	20,6	25,2	
Quatorzième		27	25	
Quinzième		34,9	22,6	Début de la puberté

---

(1) Nobécourt (P.) et Briskas (S. B.). Cuti-réactions à la tuberculine chez les enfants de 10 à 15 ans. *La Presse Médicale*, 15 avril 1936, n° 31. — Nobécourt (P.). Les cuti-réactions à la tuberculine chez les enfants de 6 à 15 ans soignés à la « Clinique Médicale des Enfants ». Influence de l'âge et du sexe. *Gazette des Hôpitaux*, 109e année, n° 37, 6 mai 1936, p. 641.

(2) Nobécourt (Pierre). Sexualité et tuberculose dans l'enfance. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 104e année, 3e série, tome 123, p. 493, 2 juillet 1940. — Fréquence comparée de l'infection tuberculeuse chez le garçon et la fille pendant l'enfance. *Le Concours Médical*, 64e année, nos 20 et 21, 31 mai 1942, p. 491.

(3) Nobécourt (P.) et Briskas (S. B.). Cuti-réactions à la tuberculine chez les enfants de 6 à 10 ans. *La Presse Médicale*, 6 juin 1936.

Chez les filles : le pourcentage des tuberculoses actives est de 15,4 dans la dixième année, *au début de la période prépubère ;* il atteint à ce moment son degré minimum depuis la naissance. Pendant les trois années précédentes, il diminue d'année en année : 27,3, 26,6, 20,3, respectivement pendant les septième, huitième, neuvième années.

Le pourcentage s'élève pendant la onzième année à 24, pendant la douzième à 18,4.

Pendant les treizième, quatorzième et quinzième années, années de la *puberté*, le pourcentage s'élève graduellement : 20,6, 27, 34,9. A partir de la quatorzième, *éclosion de la puberté*, il dépasse celui des années précédentes ; il faut remonter à la cinquième année pour trouver un taux comparable (33,7) à celui de la quinzième.

Ces données peuvent être résumées dans les moyennes suivantes :

ANNÉES	Nombre des tuberculoses actives pour 100	Augmentation du nombre des tuberculoses actives
Neuvième, dixième	17,8	»
Onzième, douzième, treizième..	21	3,2
Quatorzième, quinzième	30,9	7,9

Avant la période prépubère et pendant la première année de celle-ci le pourcentage des tuberculoses actives est de 17,8. Pendant les deux dernières années de la *période prépubère* et la *phase initiale de la puberté*, il est de 21, en augmentation de 3,2. *A l'éclosion de la puberté* et la *phase terminale* de celle-ci, il atteint 30,9, en augmentation de 7,9 ; c'est donc après l'éclosion de la puberté que l'augmentation des tuberculoses actives se produit surtout.

Chez les garçons : le pourcentage des tuberculoses actives a son taux minimum dans les dixième (17,4) et onzième (16,2) années.

Le pourcentage augmente dans la douzième année (24,1) puis reste sensiblement le même dans les treizième (25,2) et quinzième (22,6) années.

Les moyennes sont :

ANNÉES	Nombre des tuberculoses actives pour 100	Augmentation du nombre des tuberculoses actives
Dixième, onzième	16,9	»
Douzième, treizième, quatorzième, quinzième	24,2	7,3

Avant la période prépubère, le pourcentage des tuberculoses actives est de 16,9. Pendant la *période prépubère* et *l'année du début de la puberté*, il est de 24,2, en augmentation de 7,3. La statistique dressée ne permet pas de poursuivre l'étude des pourcentages à l'éclosion et pendant la phase terminale de la puberté.

On a remarqué, toutefois, que l'augmentation du nombre des tuberculoses pulmonaires pendant la jeunesse est plus tardive chez le garçon que chez la fille. Ces localisations, d'après André Alibert (1), rares de 12 à 14 ans, augmentent ensuite beaucoup de fréquence et atteignent leur maximum à 16 ans chez la fille, à 17 ans chez le garçon.

B. — *Sujets à cuti-réactions positives et à cuti-réactions négatives*

Voici, pour chaque année d'âge, de 9 à 15 ans, le nombre des tuberculoses actives pour 100 filles, d'une part, pour 100 garçons, d'autre part, réagissant ou non à la tuberculine.

ANNÉES	PUBERTÉ DES FILLES	NOMBRE DES TUBERCULOSES ACTIVES POUR 100 — FILLES	GARÇONS	PUBERTÉ DES GARÇONS
Dixième ...	Période prépubère	7,8	8,8	
Onzième ...	Période prépubère	16,1	9,2	
Douzième ..	Période pubérale	12,2	14,2	Période prépubère
Treizième ..	Période pubérale	12,3	16	Période prépubère
Quatorzième.	Période pubérale	20,1	16,2	Période prépubère
Quinzième .	Période pubérale	25,7	16,6	Début de la puberté

Chez ces sujets les faits sont de même ordre que chez eux qui ont des cuti-réactions positives considérés à part ; les pourcentages sont naturellement plus faibles puisqu'ils portent sur l'ensemble des enfants, infectés ou non par le bacille de Koch.

III. — Mortalité par tuberculose

En 1843, Rilliet et Barthez (2) écrivent : de 6 à 10 ans, « les filles meurent aussi souvent que les garçons » ; de 11 à 15 ans, elles « meurent plus souvent que les garçons ». D'après leur statistique, la tuberculose cause, de 6 à 10 ans, 74 p. 100 des décès dans chaque sexe ; de 11 à 15 ans, 75 p. 100 des décès des filles, 60 p. 100 seulement des décès des garçons.

(1) Alibert (André). La tuberculose pulmonaire de l'adolescence. *Thèse de Paris*, 1932. Editions Médicales N. Maloine.

(2) Rilliet et Barthez. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants.* Germer Baillère, Paris 1843, Tome III.

En 1922, E. Arnould (1) cite, entre autres, les statistiques suivantes, qui donnent la mortalité tuberculeuse pour 10.000 habitants.

ANS	ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES (1906) — HOMMES	FEMMES	ALLEMAGNE (1908) — HOMMES	FEMMES
5 à 10..........	1,5	2	3,78	4,87
10 à 15..........	1,7	4,4	4,04	6,75
15 à 20..........	8	10,2	12,80	15,12

Pour cet auteur, « la mortalité tuberculeuse féminine l'emporte toujours sur la mortalité tuberculeuse masculine dans la première moitié de la vie normale, jusque vers vingt-cinq ou trente ans... A noter, pour les deux sexes, l'importance de l'accroissement des taux entre la période de dix à quinze ans et celle de quinze à vingt ans ; il est du double ou du triple à peu près en tous pays ».

Les statistiques recueillies par l'*Organisation d'Hygiène de la Société des Nations*, reproduites par Robert Debré et Marcel Lelong (2) donnent la mortalité tuberculeuse pour 10.000 habitants de chaque âge et de chaque sexe. L'analyse de ces statistiques conduit aux constatations suivantes :

1° De 5 à 9 ans, le taux des décès est voisin dans les deux sexes, sauf dans trois pays où il diffère avec un excès tantôt pour les filles (+ 10 en Autriche, + 12 en Ecosse), tantôt pour les garçons (+ 22 en Esthonie) ;

2° De 10 à 14 ans, le taux des décès, sauf au Danemark, où il est le même dans les deux sexes, est supérieur chez les filles, l'excès variant de 8 (Etats-Unis), 10 (Angleterre et Pays de Galles), 12 (Autriche), à 40 (Norvège), 54 (Irlande du Nord), 55 (Esthonie) ;

3° De 15 à 19 ans, le taux est supérieur chez les filles dans tous les pays, l'excès variant de 37 (Angleterre et Pays de Galles) à 93 (Irlande du Nord), 98 (Etat libre d'Irlande).

En France, les statistiques ne donnent pas de renseignements sur le sujet qui nous occupe. D'après F. Bezançon, Evrot et Moine (3), en 1940, « jusqu'à l'âge de quinze ans, les deux tracés du taux masculin et féminin (de la mortalité tuberculeuse pour 100.000 habitants) sont presque superposables... A partir de quinze ans, la courbe féminine est plus élevée ».

Somme toute, le taux de la mortalité tuberculeuse est sensiblement le même dans les deux sexes jusqu'à dix ans et même, d'après certaines statistiques jusqu'à quinze ans ; en général, la mortalité féminine est supérieure à la masculine à partir de dix ans et surtout de quinze ans, c'est-à-dire pendant les périodes prépubérale et pubérale et surtout après l'achèvement de la puberté.

Conclusion

I. — Le *pourcentage des cuti-réactions positives à la tuberculine* augmente, dans les deux sexes, pendant la période prépubérale et la phase initiale de la puberté. Chez les filles, qui seules ont pu être observées, l'augmentation est faible pendant la phase terminale de la puberté.

Ces données établissent la *fréquence des premières infections tuberculeuses* à cette période de l'existence.

II. — Le *pourcentage des tuberculoses actives* a son taux minimum à la fin de la période prépubère. Le pourcentage augmente pendant la période prépubère et la phase initiale de la puberté ; l'augmentation est plus forte chez les garçons que chez les filles. Chez celles-ci, l'augmentation se poursuit et est forte à l'éclosion et pendant la phase terminale de la puberté ; les garçons n'ont pas été observés à cette époque.

L'augmentation du pourcentage des tuberculoses actives suit celle du pourcentage des cuti-réactions positives, ce qui permet de penser que la fréquence des tuberculoses actives est liée à la fréquence des premières infections.

III. — La mortalité par tuberculose augmente pendant les périodes prépubère et pubérale, surtout après l'éclosion de la puberté. Elle semble marcher de pair avec l'augmentation de fréquence des tuberculoses actives.

Tels sont les faits. Il faut étudier le rôle de la puberté dans leur production, car des facteurs autres que ce phénomène biologique interviennent. Ce sera le sujet d'un prochain mémoire.

(1) Arnould (E.). La mortalité tuberculeuse du sexe féminin. *Revue de la Tuberculose*, 3e série, Tome III, 1922, p. 144.

(2) Debré (Robert) et Lelong (Marcel). Notions générales sur la tuberculose de l'enfance, *in* Nobécourt (P.) et Babonneix (L.). *Traité de Médecine des Enfants.* Masson et Cie, Paris, 1934, Tome II, p. 715.

(3) Bezançon, Evrot et Moine. Etat comparatif de la mortalité tuberculeuse féminine et masculine. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 104e année, 3e série, Tome 123, p. 482, 25 juin 1940.

Les complications médicales de la cholécystectomie, par M. Chiray, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Guy Albot, Médecin des Hôpitaux de Paris, G. Bonnet, de Vichy. Un volume de 170 pages, avec 9 figures. Prix : 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

ACTUALITÉS

IRRADIATION GASTRIQUE ET ERYTHREMIE

Par Remy Levent

Pour la maladie de Vaquez que nous avons déjà étudiée à cette place, une des pathogénies récemment proposées est celle d'Hitzenberger et de Morrès, corollaire des conclusions de Minot et Murphy, de Strauss et de Castle quant à l'anémie pernicieuse progressive. Dans l'érythrémie, Hitzenberger voit une affection « diamétralement opposée » à l'anémie p. p.

On sait la fréquence dans l'a. p. p. de la déficience sécrétoire de l'estomac, qu'elle soit cause première ou chaînon qui y relie, qu'il faille mettre en cause l'association de facteurs gastriques extrinsèque et intrinsèque ou qu'un seul suffise.

Or on peut opposer l'anachlorhydrie et l'achylie de l'a. p. p. à l'hyperchlorhydrie et à l'ulcus duodénal fréquents dans l'érythrémie. On peut aussi tirer argument du pouvoir antianémique du suc gastrique de ces hyperchlorhydriques (Baratts et Fulop) qui provoque une crise réticulocytaire et une remontée temporaire des hématies vers un taux normal. Hitzenberger s'appuie aussi sur la polyglobulie symptomatique qui peut apparaître chez des anémiques trop libéralement traités par les extraits hépatiques ou gastriques et note l'amélioration temporaire des érythrémiques soit par un régime de restriction des protides animales, donc du « facteur extrinsèque », soit par l'aspiration et le lavage gastriques répétés, soustrayant tout ou partie du facteur intrinsèque. Mogensen constate la fréquente insuffisance du régime seul.

Meulengracht, étudiant l'a. p. p. avait localisé l'origine du principe actif dans les glandes du cardia et surtout dans celles du pylore et dans les glandes duodénales de Brunner qui l'avoisinent.

En 1934, Hitzenberger concluait donc que c'était la pylorectomie qui s'accordait le mieux avec son hypothèse pathogénique à condition qu'un ulcus fût l'indice de l'atteinte gastrique. Il fit néanmoins un essai d'inhibition sécrétoire chez deux érythrémiques sans ulcus ; n'allant cependant pas jusqu'à l'intervention sanglante il se contenta d'une irradiation massive de la région gastrique dans son ensemble. Le résultat fut net : hémoglobine et hématies diminuèrent mais pour quelques mois seulement.

Semblant délaisser son idée première Hitzenberger abandonna alors l'action locale sur le pylore et donna ses préférences à l'irradiation massive et généralisée de tout le corps afin de diminuer l'activité hématopoïétique de la moelle osseuse dans son ensemble (méthode de Sgalitzer).

S'inspirant des travaux de Meulengracht, Andersen, Geill et Samuelsen en 1938 pratiquèrent chez une femme de 77 ans une irradiation massive et persévérante de la région pylorique avec des résultats que nous commenterons ci-après. Plus récemment enfin, Stenstrom, Hallock et Watson (1940) puis Guillain, J. Lereboullet et Mathieu (1942), traitèrent par le même procédé avec des résultats divers quelques cas d'érythrémie.

Technique. — Elle doit satisfaire aux conditions suivantes : localisation précise, doses suffisantes, persévérance.

La localisation précise est malaisée du fait de la profondeur des organes et de leur mobilité par rapport au voisinage et aux repères pariétaux.

Le patient modérera l'amplitude de sa respiration et gardera strictement l'attitude choisie ; à quoi on l'aidera par un échafaudage de coussins bien établi. Immédiatement avant le traitement il prendra une faible quantité de bouillie opaque qui permettra de reconnaître sous l'écran fluorescent l'emplacement et le contenu de la zone à traiter. La zone à irradier sera inscrite à l'intérieur d'un localisateur métallique qui guidera la mise en place de l'ampoule. La zone utile ne dépasse pas neuf centimètres et contient le pylore et les deux premières portions du duodénum, donc les glandes de Brunner qui s'échelonnent entre le pylore et l'ampoule de Vater.

Les applications se feront en séries. Première série : 4 irradiations à 2 jours d'intervalle, de 200 r. chacune en tout 800 r.) (filtrage 1/2 mm. cuivre, distance peau 0 m. 40-150 kv. 5 m. a.), Chaque série sera suivie d'un mois de repos.

Les séries suivantes seront de trois séances de 200 r. pour la deuxième : de deux séances de 200 r. pour les suivantes.

Aucun auteur ne semble, qu'il y ait eu succès ou insuccès, avoir fait plus de six séries d'irradiations. Guillain, J. Lereboullet et Mathieu semblent même n'avoir fait qu'une seule série mais la dose donnée a été sensiblement plus forte : 1.800 r. partagés entre les deux faces antérieure et postérieure.

Les effets du traitement et leur durée sont évidemment le meilleur guide à cet égard.

Résultats. — Il est malaisé d'établir à l'heure actuelle mieux qu'un bilan d'attente faute de cas assez nombreux. Les deux cas d'Hitzenberger n'ont qu'une valeur indicative tant clinique que pathogénique. L'estomac a été irradié en son entier, la lésion gastrique, s'il en était une, n'allait pas jusqu'à l'uleus. Résultat appréciable : baisse notable de l'hémoglobine et des hématies mais résultat temporaire. On peut donc en conclure qu'une irradiation plus intense et plus concentrée pouvait donner mieux.

Un deuxième groupe de faits est constitué par les essais danois (1 cas) basés sur les travaux de Meulengracht et les essais américains (4 cas).

Dans tous la méthode suivie a été sensiblement analogue : dose importante de rayons (2.200 à 2.800 r. en Amérique ; 2.600 r. au Danemark) par voie à la fois antérieure et postérieure. Quelques différences de technique radiologique semblent de peu d'importance pour le résultat. Les résultats sont pourtant en complet désaccord. Stenstrom, Hallock et Watson n'ont que des insuccès, tant pour la pléthore sanguine que pour l'hémoglobine et les hématies ; après trois mois l'essai est abandonné. Andersen, Geill et Samuelsen sont plus heureux ; leur malade bien qu'âgé supporte bien une grosse dose de rayons et après une exacerbation temporaire au 15e jour, voit chaque série de rayons retentir sur l'hémoglobine et les globules en même temps que s'accroissent valeur globulaire et dimension des hématies ; l'état clinique évolue parallèlement et les derniers examens montrent des chiffres sensiblement normaux. Les auteurs demeurent naturellement encore réservés quant à la durée de cette amélioration.

Il convient aussi de noter que dans la série américaine les derniers examens semblent contemporains de la période de traitement et qu'on n'observe habituellement — et le cas danois n'y contredit pas — d'amélioration qu'avec un certain décalage *sur la fin* du traitement ; pendant celui-ci les anomalies sanguines ont souvent une tendance à s'exagérer.

L'observation récente de Guillain, J. Lereboullet et Mathieu est plus encourageante. L'érythrémie a été rebelle à la radiothérapie généralisée, elle cède à l'irradiation localisée, sous forte dose d'ailleurs (1.800 r. en un mois). Ici encore ce n'est qu'au bout de trois semaines que l'amélioration s'esquisse et qu'au quatrième mois qu'elle est à son plein. Les auteurs montrent la même réserve quant à l'avenir, mais il n'en reste pas moins qu'après neuf mois sans traitement le sang est demeuré normal.

Il ne convient donc pas, semble-t-il, de jeter le manche après la cognée. Peut-être les érythrémies sont-elles multiples en dépit d'aspects semblables et comportent-elles de ce fait des traitements différents. Peu importe que la radiothérapie pylorique ne soit pas un traitement vraiment étiologique, selon le reproche formulé par Volhard. Un traitement pathogénique efficace garde son intérêt et n'exclut aucun autre traitement pathogénique. Ici comme toujours la clinique n'abdique pas. Sans aller comme les auteurs danois jusqu'à souhaiter que par irradiation pylorique on réalise un a. p. p. véritable comme contre-épreuve et vérification des hypothèses d'Hitzenberger, il semble utile de renouveler les essais et peut-être d'associer les méthodes. Oxycarbonhémie latente, hyperfonctionnement de la moelle osseuse, du pylore, trouble hypophysaire peuvent s'enchaîner, se conditionner ou s'associer. Seule la clinique fera à chaque hypothèse pathogénique sa juste part.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Traitement de l'ulcère gastrique expérimental par la pectine. MM. Chiray, L. Justin-Besançon, Ch. Debray et Mme Bourgeois. *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition.* T. 31, nos 3-4-5, juin-juillet-août 1942, p. 121 à 127.

Grâce aux ulcères gastriques expérimentaux produits chez le chien par la méthode au cinchophène, il est possible d'étudier avec précision l'action de diverses thérapeutiques. C'est ainsi que divers auteurs ont pu constater l'action favorable des alcalins, de la mucine, des extraits duodénaux.

M. Chiray et ses collaborateurs apportent les résultats impressionnants donnés par la pectine qu'ont employée les premiers Winter, Petersel Crook.

« La pectine, ou plutôt les pectines, car toutes les pectines ne sont sans doute pas semblables, ont un certain nombre de propriétés physiques et chimiques communes avec la mucine (en particulier la présence d'acide uronique dans leur constitution). C'est en se basant sur ces propriétés communes avec la mucine, dont l'action est favorable sur l'ulcère au cinchophène (Stalken Bolmann et Mann), en se rappelant certains effets très favorables de la pectine et des pectinates sur certaines diarrhées, que Winters a eu l'idée d'utiliser ce corps, beaucoup plus courant, beaucoup plus facile à obtenir que la mucine, dans la thérapeutique de l'ulcère expérimental du chien.

« La pectine qui est un homoglucoside, un colloïde hydrophile, dont les propriétés d'absorption sont considérables, se trouve en plus ou moins grande quantité dans certaines plantes et certains fruits, en particulier les pommes. Introduite dans l'organisme, elle s'y décompose pour aboutir à la formation d'acide galacturique, acide qui jouerait un rôle antitoxique important. »

Les auteurs exposent les détails de leurs expériences : il en résulte qu'après un mois de traitement *per os* un ulcère gastrique provoqué chez le chien est cicatrisé. Les auteurs estiment que la valeur curative de la pectine sur l'ulcère expérimental est établie.

La pectine donne-t-elle des résultats aussi merveilleux dans l'ulcère humain ? On peut seulement affirmer actuellement que le traitement par la pectine n'est pas dangereux. « Il est d'ailleurs utilisé, on le sait, avec des résultats très intéressants, dans nombre de diarrhées infantiles. »

D'autres corps voisins ont été très étudiés en Amérique : ce sont les pectinates métalliques (p. de nickel, p. d'argent). Les p. de nickel ont donné de bons résultats dans la dysenterie bacillaire.

Les expériences ne sont pas faciles en ce moment en raison de la difficulté que l'on éprouve à se procurer ces pectinates et la pectine elle-même. M. Chiray et ses collaborateurs ont donné des cachets de 1 gr. (2 cachets avant chacun des deux principaux repas) ; ils ont

constaté que la pectine a une action favorable au point de vue de la cessation des douleurs dans les ulcères et les gastrites chez l'homme.

« Ce sont des expériences plus longtemps poursuivies et appliquées à un plus grand nombre de malades qui permettront de dire si la pectine doit rester dans notre arsenal thérapeutique antiulcéreux et la place qu'elle peut y occuper. »

M. L. S.

Ulcères gastro-duodénaux et régimes de restriction. M. Vittot (de Belfort). *Archives des Mal. de l'App. Digestif et des Mal. de la Nutrition.* T. 31, nos 3-4-5, juin-juillet-août 1942, p. 201.

Dans une communication faite à la Société de Gastro-Entérologie de Paris, le 9 mars 1942, l'auteur rappelle que pendant les dix années qui ont précédé la guerre, il observait une proportion de deux à trois ulcères du duodénum pour un ulcère gastrique. En 1941, pour la première fois, la proportion s'est trouvée inversée : il a observé cinq ulcères gastriques pour deux ulcères du duodénum.

Cette nouvelle fréquence des ulcères gastriques s'est révélée dans la région de Belfort, région industrielle au ravitaillement pauvre en matières grasses (lait, beurre, œufs, huile), tandis que dans la région de Besançon, ville très bien ravitaillée au centre d'une région agricole, la proportion des ulcères gastriques et duodénaux n'avait pas varié.

L'auteur, après avoir envisagé toutes les causes prédisposantes attribuées à la formation de l'ulcère, pense qu'il faut retenir surtout la carence en aliments gras et l'usage d'aliments de qualité inférieure, tel le pain actuel et sa mie devenue la plus indigeste des colles.

M. L. S.

Sensibilisation de la peau à la lumière par les sulfamides. Dr E. Gasser. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 15 août 1942.

L'usage externe des sulfamides est de date récente mais semble prendre une extension rapide ; il comporte l'emploi de doses à la fois imprécises et élevées qui doit faire prévoir des effets secondaires. Les accidents sont d'ailleurs rares et sans gravité.

Au niveau de la peau on a observé des exanthèmes divers mais certains d'entre eux ne peuvent être rangés ni parmi les accidents toxiques ni parmi les accidents allergiques. Dans quelques cas on a vu des accidents de sensibilité de la peau aux rayons U. V. ; les observations sont peu nombreuses ; l'auteur y ajoute son observation personnelle. La réaction jusqu'ici observée semble partiellement sous la dépendance du produit utilisé ; de petites doses peuvent suffire à engendrer cette sensibilité.

L'éruption après insolation ne fut ni intense ni prolongée ; elle atteignit uniquement les régions malades des téguments. Les blonds semblent plus facilement présenter ces accidents.

R. L.

L'épreuve du galactose intraveineux dans les affections hépatiques. R. Baslen. *Zentralbl. f. inn. Medizin*, 29 août 1942.

Quelle que soit la valeur de l'épreuve du galactose *per os*, elle est pourtant influencée par d'autres facteurs que les facteurs hépatiques. On peut éviter ces causes d'erreur en administrant le galactose par voie intraveineuse. On tiendra compte dans l'interprétation des résultats, non seulement de la quantité de sucre éliminée, mais du rythme de l'élimination et de la grandeur du quotient hyperglycémique.

L'ascension initiale de la glycémie au-dessus de 165 %, la prolongation de la chute au delà de 2-3 heures, un quotient hyperglycémique augmenté à 1,70-3,15, une quantité éliminée dépassant 5 gr. 5 pour 40 gr. de galactose injectés, peuvent être considérés comme symptômes de lésion hépatique.

Il ne faut par contre faire aucun fonds sur cette épreuve pour l'exploration des troubles de la glycorégulation (diabète sucré).

R. L.

Un cas de tumeur géante de la plèvre. C. Dierickx. *Revue Belge des Sciences Médicales.* T. XIV, juillet-août 1942, n° 7.

On distingue deux grandes catégories des tumeurs de la plèvre : 1° tumeurs localisées, c'est-à-dire limitées à un point de la plèvre ; 2° tumeurs diffuses intéressant une grande partie de la plèvre.

Le diagnostic clinique de la forme diffuse n'est généralement pas fait, ou fait trop tard pour une intervention utile. Ces tumeurs (endothéliome ou mésothéliome) envahissent toute l'étendue de la plèvre, emprisonnant le poumon dans une enveloppe dont l'épaisseur peut atteindre plusieurs centimètres. La cavité pleurale contient un liquide sanguinolent.

Les formes localisées sont plus intéressantes comme diagnostic et comme structure.

Les tissus adjacents peuvent, en effet, donner naissance aux néoplasmes les plus variés. Il en est qui peuvent atteindre un développement considérable ; on les appelle tumeurs géantes de la plèvre. De structure histologique variable, elles ont des caractères cliniques très semblables, une évolution lente et silencieuse, le plus souvent sans métastase. Dans nombre de cas, elles peuvent être enlevées complètement. Abandonnées à elles-mêmes, elles amènent la mort à la suite des troubles circulatoires occasionnés par leur grand volume.

Il y a intérêt à faire un diagnostic précoce et à les enlever à temps.

L'auteur a observé un cas de tumeur géante de la plèvre dont il publie l'étude anatomo-pathologique ; il s'agit d'une tumeur formée de kystes multiples répondant histologiquement à un lymphangio-endothéliome.

M. L. S.

Essais de transfusions de plasma conservé en clinique. Paul Moureau et Léon Dumont. *Revue belge des Sciences Médicales.* T. XIV, juillet-août 1942, n° 7.

Dans ce travail fait dans les services des professeurs Brull et Firket (de Liége), les auteurs exposent les essais qui montrent que les espérances fondées sur l'emploi du plasma conservé ne se sont pas réalisées.

Voici d'ailleurs les conclusions des auteurs : « 1° La limite de la conservation du plasma, dans les conditions où nous nous sommes placés, ne peut dépasser trente jours sous peine d'entraîner des inconvénients plus ou moins graves ;

2° Les règles de compatibilité de groupes entre donneur et receveur doivent être respectées. Des accidents du type anaphylactique plus ou moins sérieux peuvent se produire lorsqu'on ne se conforme pas à ce principe.

Dans ces conditions, les transfusions de plasma conservé ne nous paraissent présenter aucun avantage pratique sur celles de sang conservé. »

M. L. S.

Avantages et indications des cures de légumes verts dans la diététique des diabètes sucrés. M. René Saric. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, nos 15-16, 15-30 août 1942.

A propos d'une observation détaillée, rapportée à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le 26 juin 1942, l'auteur attire l'attention sur ce procédé, et précise ses caractéristiques. Il s'agit d'une cure temporaire, et non d'un régime restrictif prolongé : sa durée habituelle est de cinq jours. L'indication de choix est le diabète gras sans acidose et sans insulinothérapie ; les diabètes avec insuline peuvent toutefois en tirer profit, mais l'application est un peu délicate ; par contre, les diabètes acidosiques graves doivent pratiquement constituer des contre-indications. Les efforts favorables se traduisent par une amélioration plus ou moins grande du syndrome diabétique durant la cure, et aussi par la persistance de cette amélioration pendant plus ou moins longtemps après la cure.

M. L. S.

L'âge du cancer. M. René Huguenin et Mlle Jacqueline Berthon. *Presse Médicale*, n° 44, 3 octobre 1942. (Travail de l'Institut du Cancer, Paris.)

Il n'y a pas d'âge pour le cancer. L'âge de la plus grande fréquence semble se situer, dès avant la cinquantaine. La période de 35 à 45 ans est l'ère du diagnostic de la majorité des tumeurs malignes. Cette conclusion des auteurs est en accord avec celle de Gschneidinger et Haubold (de Munich) : « Le cancer s'observe avec une particulière fréquence chez l'homme d'âge moyen, donc à l'époque de sa pleine force, et chez la femme, mère d'enfants encore adolescents. »

M. L. S.

CHRONIQUE

Le Centenaire de la naissance de Czerny

A l'époque de la renaissance de la chirurgie qui suivit la divulgation des travaux de Lister, une émulation singulière se produisit parmi tous les chirurgiens. Tandis que les Français étaient entraînés par l'enthousiasme de Just Lucas-Championnière, à Vienne ce furent les élèves de Billroth qui donnèrent l'exemple. Le plus ancien et le plus considérable de ces élèves était sans conteste Czerny, dont on a pu célébrer le mois dernier le centenaire.

Vincenz Czerny était né à Trautenau, en Bohême allemande, le 19 novembre 1842. Il était le fils d'un pharmacien. Il fit ses études à Prague et à Vienne, où il devint l'assistant et le disciple préféré du professeur Billroth.

A 29 ans, Czerny est professeur à Fribourg-en-Brisgau. Sept ans après il obtient une chaire à Heidelberg. Dès lors son nom est connu de tous et son ascension est rapide. Il devient bientôt Président de la Société allemande de chirurgie, puis Président du Congrès international de chirurgie de Bruxelles en 1908. Deux ans après il préside à Paris la Société internationale de recherches sur le cancer. Il meurt, âgé de 74 ans, en octobre 1916.

L'importance de l'œuvre de Czerny vient d'être bien mise en valeur dans un excellent article de Georg Schön (*Zentr. f. Chir.*, 14 nov. 1942, n° 46), auquel nous avons emprunté quelques détails.

Czerny était un clinicien de haute classe et un médecin complet. Ne collaborait-il pas avec son collègue Erb, professeur de médecine interne, à Heidelberg ? Chirurgien prestigieux, il opérait avec simplicité et sans hâte, perfectionnant sans cesse sa technique.

Tout le monde, en France, connaît son procédé de cure radicale de la hernie inguinale, imaginé à Fribourg en 1877. C'est encore à Fribourg que fut conçue la suture intestinale en deux plans, de Lembert-Czerny, qui devait jouer un rôle si important en chirurgie gastro-intestinale. Rappelons encore sa technique de l'hystérectomie vaginale (1878) et ses travaux sur la chirurgie des voies urinaires. En 1877 il avait enlevé, le premier, un carcinome de l'œsophage par la voie cervicale.

La grande réputation de Czerny était pleinement justifiée, aussi les étrangers, et non les moindres, se pressaient-ils à Heidelberg pour suivre son enseignement.

On nous permettra, en terminant cette courte note, de rappeler que notre cher et bien regretté collègue Paul Hallopeau, chirurgien des hôpitaux de Paris, renonça à une de ses années d'internat pour aller se perfectionner auprès de l'illustre maître d'Heidelberg.

F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 10 novembre 1942

Sexualité et méningite tuberculeuse pendant l'enfance et la puberté. — M. P. Nobécourt. — Pendant l'enfance et la puberté, la sexualité exerce une influence sur la fréquence et l'activité de l'infection tuberculeuse, notamment de la tuberculose pulmonaire. On ne constate pas la même influence sur la méningite tuberculeuse.

1° La méningite, à partir de la septième année, diminue de fréquence avec l'âge ; elle est moins fréquente de 10 à 15 ans, période où la puberté évolue chez la fille et commence chez le garçon, que de 6 à 10 ans.

2° La méningite a sensiblement la même fréquence dans les deux sexes ; notamment le pourcentage est, de 10 à 15 ans, exactement le même chez le garçon et la fille, bien que celle-ci soit en pleine évolution pubérale, tandis que la puberté commence seulement chez le garçon.

Magnésium et pigmentation. — M. Pierre Delbet.

De l'obtention, chez le cheval, soit au moyen du virus de la fièvre aphteuse possédant toute sa virulence, soit à l'aide de ce même virus rendu avirulent (anavirus) d'un sérum doué de propriétés neutralisantes et préventives à l'égard du virus aphteux. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer, P. Minguet, F. Yeu et P. Ramon. — Il ressort de l'ensemble des résultats exposés, qu'il est possible de préparer chez le cheval, un sérum ayant le pouvoir de neutraliser le virus aphteux et celui de protéger contre ce même virus un animal aussi sensible à l'infection aphteuse que le cobaye.

Ce sérum peut être obtenu d'une façon commode et rapide, en injectant au cheval le virus aphteux transformé selon le principe fondamental des vaccins anatoxiques et anavirulents, en anavirus entièrement dépourvu de virulence et cependant immunisant. Dans ces conditions, un tel sérum se montre expérimentalement aussi actif sinon plus actif que le sérum fourni par les animaux de l'espèce bovine infectés puis hyperimmunisés au moyen du virus possédant tout son pouvoir virulent et pathogène. Il résulte de là, qu'à tout moment et en n'importe quel lieu, sans risque aucun ni de contamination, ni de propagation de la maladie aphteuse aux espèces réceptives, il devient très facile de réaliser la production chez le cheval (et aussi vraisemblablement chez les bovidés) d'un sérum possédant les propriétés antiaphteuses les plus manifestes, en utilisant l'anavirus aphteux inoffensif, stimulé dans son activité immunisante, par l'addition de substances adjuvantes de l'immunité convenablement choisies.

Sans porter de jugement prématuré sur la véritable portée pratique des résultats ainsi acquis, il est permis cependant d'en souligner dès maintenant l'importance théorique et doctrinale en ce qui concerne les recherches sur l'immunité en général et plus spécialement en ce qui regarde les études immunologiques se rapportant à certains ultra-virus comme celui de la fièvre aphteuse.

Les variations de poids des écoliers de la Ville de Paris en 1941-42 étudiées par les médecins inspecteurs des écoles. — MM. Boulanger-Pilet, Cayla et Clément Launay (présentation faite par M. Lesné).

Election. — MM. Perrin (de Nancy) et Petges (de Bordeaux) sont élus correspondants nationaux dans la 1re division (médecine).

Comité secret. — M. Sergent a entretenu l'Académie de la réforme des études médicales.

Séance du 17 novembre 1942

Décès. — M. le Président fait part du décès de M. Hugounenq, associé national.

Rapport sur les maladies épidémiques et contagieuses en France en 1942. — M. Tanon. — Le Ministère de la Santé a transmis à l'Académie 63 rapports des préfets et des inspecteurs de santé régionaux. La situation sanitaire reste satisfaisante, grâce à la vigilance des services d'hygiène, mais elle s'assombrit légèrement à cause de l'augmentation graduelle de la fièvre typhoïde et de la diphtérie.

Heureusement, beaucoup de maladies ont diminué, comme la poliomyélite qui ne donne que 2 à 5 cas en moyenne, sauf dans la Gironde qui note 28 et la Seine-et-Oise qui en a 22 ; mais tous ces cas sont épars, sans lien les uns avec les autres. La méningite cérébro-spinale diminue également et les décès sont rares, grâce aux sulfamides. La mélitococcie a considérablement baissé, sauf dans un ou deux départements à transhumance et en Corse où l'usage des fromages frais a paru jouer un rôle principal ; aussi leur vente a-t-elle été interdite sur les marchés. La scarlatine a donné un nombre de cas un peu plus élevé que l'année dernière, mais n'a jamais pris mode épidémique. La rougeole a affecté quelques départements en particulier la Seine et Paris, où, du mois de janvier au mois d'avril, on a observé une épidémie heureusement peu grave. Il y a eu 16.723 cas au lieu de 3.092 l'année dernière. Actuellement ces deux fièvres éruptives sont revenues au taux moyen endémique.

La fièvre typhoïde a augmenté dans beaucoup de départements et a donné des épidémies localisées à des centres urbains ou à des groupements isolés, fermes, villages ; la raison de cette augmentation tient à diverses causes : coquillages pour les départements côtiers et pour le Rhône ; il s'agit presque toujours de mollusques recueillis en fraude la nuit sur des zones interdites ; eaux de puits, lait et baignades en rivière ; mais surtout légumes crus insuffisamment lavés et sur lesquels MM. Tanon et Cambessédès ont attiré l'attention dans la dernière séance.

La diphtérie augmente notablement et, dans certains départements, le taux a doublé par rapport à l'année dernière. La cause en est dans l'insuffisance des vaccinations, car dans les départements où les séances ont été bien organisées, le taux n'a pas augmenté ou a baissé. Aussi la commission et le rapporteur proposent-ils à l'Académie les vœux suivants :

1° Que les préfets et les directeurs régionaux insistent à nouveau dans leurs circonscriptions sanitaires sur l'importance qu'il y a pour le maintien d'un bon état sanitaire, à faire consciencieusement les déclarations obligatoires ;

2° Que la vaccination antityphoïdique soit toujours conseillée quand apparaît un cas dans une famille, et rendue obligatoire si les cas se multiplient ;

3° Que la loi qui crée l'obligation vaccinale pour la diphtérie soit bien appliquée partout et soit organisée. Elle l'est dans certains départements comme la Seine, la Seine-et-Oise et d'autres, sur le même modèle que la vaccination antivariolique.

Ces vœux sont adoptés.

Rapport sur le Service de l'Hygiène de l'Enfance pendant l'année 1941-42. — M. Lesage.

Préparation opératoire et traitement palliatif du cancer de l'œsophage par la ferriscorbone sodique. — MM. Arloing, Santy et Morel (de Lyon)

Sur la présence fréquente de poches branchiales perforées chez l'embryon humain. — MM. Delmas et G. Cordier. — Les recherches des auteurs prouvent que la perforation de certaines poches branchiales chez l'homme est fréquente sinon constante. Ils l'ont observée sur des embryons de 5 mm. à 11 mm.

Delmas et Cordier ont ensuite cherché à préciser le mécanisme de formation et de fermeture de ces perforations.

Rapports du sinus pré-cervical avec les fentes branchiales. — MM. G. Cordier et A. Delmas ont constaté que c'est le 3e arc qui se soude le plus souvent le premier au tronc de l'embryon pour fermer la voûte du sinus.

La valeur pathologique du pain actuel. — M. H. Gaehlinger (Chatel-Guyon) montre que le blutage actuel à 98 % est une erreur au point de vue hygiénique; il donne des farines malpropres et souvent infectées dans le grenier par les déjections de souris. La preuve clinique en est fournie par l'augmentation considérable des entérites à lamblias, ce parasite étant un hôte fréquent de l'intestin des souris. De plus, la proportion trop forte de cellulose souvent grossière irrite la muqueuse colique et accroît la perte d'albumine par voie intestinale.

Séance du 24 novembre 1942

M. le Président fait part du décès de M. Bégouin (de Bordeaux), correspondant dans la section de chirurgie.

Sur quelques principes fondamentaux relatifs à la vaccination antitypho-paratyphique. — M. H. Vincent. — « A la suite d'expériences anciennes et multipliées, j'ai constaté que la vaccination antitypho-paratyphique ne peut être assurée par les toxines seules ou formolées, mais seulement par les corps microbiens tués suivant une technique définie *qui ne doit modifier ou n'affaiblir en rien leur pouvoir antigène et spécifique.* Le vaccin bacillaire est efficace parce que la phase de début des maladies typhoïdes est strictement microbienne avant d'être toxique. En visant le microbe pathogène par la production de bactériolysines actives et spécifiques, on exerce ainsi d'emblée sur l'infection une *action d'arrêt* décisive.

« Mais la spécificité des bacilles typhique et paratyphique tués est d'une fragilité excessive. J'ai pu vérifier que, parmi les nombreuses méthodes chimiques ou physiques utilisées pour tuer ces microbes, la plupart, y compris la chaleur qui est pourtant un moyen certainement pratique et efficace, ont une action affaiblissante sur la valeur spécifique du vaccin. Il est de même des techniques qui bloquent son pouvoir antigène ; d'autres le dénaturent ou le font dévier. Le constat d'agglutination n'a aucune signification d'immunité contre les bacilles vivants et virulents.

« Après des expériences réitérées et prolongées, l'éther qui tue les bacilles typhiques et paratyphiques en quelques heures, m'a paru jusqu'ici le seul agent qui respecte intégralement l'activité et le pouvoir spécifique de leurs vaccins. L'expérimentation comparée, qui m'a conduit à cette constatation chez les animaux, a été confirmée par les expériences officielles faites sur l'homme au Maroc en 1911 (vaccinés par le vaccin à l'éther : 0 cas ; vaccinés par le vaccin chauffé : 7 cas 75 pour 1.000) et d'une manière plus démonstrative encore en Italie et surtout en Libye, en 1912 et en 1913, par des observateurs italiens, sur les effectifs importants de la division d'occupation. La fièvre typhoïde y existait à l'état endémo-épidémique.

« Les *non-vaccinés* ont eu 35 cas 3 pour 1.000 hommes, avec une mortalité de 7,1 pour 1.000.

« Les vaccinés par le vaccin chauffé ont reçu 3 cm³ 50 de celui-ci. Les hommes vaccinés par le vaccin à l'éther n'en ont reçu que 2 cm³ 50. Malgré cette différence notable, les résultats ont été les suivants :

« Nombre de cas de maladie typhoïde :

« 1° *Vaccinés par le vaccin à l'éther,* 0 cas 3 pour 1.000 hommes ;

« 2° *Vaccinés par le vaccin chauffé,* 7 cas 2 pour 1.000 hommes.

« En d'autres termes, et malgré l'avantage des doses beaucoup plus fortes du *vaccin chauffé* injecté, *les hommes vaccinés avec ce dernier ont eu 24 fois plus de cas de maladie typhoïde que ceux qui ont reçu l'éthéro-vaccin* (F. di Cavallerleone, directeur du Service de Santé de l'armée italienne ; professeur Santoliquido, directeur général de la Santé Publique, en Italie).

« Le pouvoir protecteur si énergique conféré par l'éthéro-vaccin a été, d'ailleurs, entièrement confirmé avant et après cette importante expérience, sur un chiffre immense de vaccinés, savoir douze ou treize millions d'hommes, de femmes, d'enfants et de vieillards, en France, en Algérie, Tunisie, au Maroc, ainsi qu'en de très nombreux pays étrangers. »

Caractères généraux des nerfs vasculaires et lois d'innervation des vaisseaux. — M. Lazorthes, qui a déjà étudié dans des communications antérieures les nerfs vasculaires, retient un certain nombre de caractères constants de ces nerfs et formule quelques règles sur l'innervation des vaisseaux en général.

Son travail porte sur l'origine, les modes d'origine et de terminaison, les points d'élection de la terminaison, les caractères anatomiques des nerfs vasculaires, le plexus périartériel, l'innervation des collatérales artérielles et des veines.

Dératisation. — M. Perrot revient sur cette angoissante question. Devant l'insuffisance des moyens de lutte actuels, de la production des virus Danysz ou Ratin, devant le manque d'appâts, le manque de tout, en un mot, il faut aviser.

Les initiatives individuelles sont insuffisantes. La collaboration administrative est indispensable. M. Perrot demande donc à l'Académie de renouveler d'urgence son vœu en vue de la création d'un *Office du Rat*.

Lèpre et sulfamides. — M. Chorine, dans une nouvelle communication, montre que le para-amino-phényl-sulfamide agit sur les lésions fermées.

Il importe de l'employer en injections intradermiques. Cette thérapeutique présente un intérêt indéniable.

Images kystiques aériennes et tuberculeuse pulmonaire. — — M. Pierre Pruvost. — Trois circonstances sont à considérer : 1° Dans certains cas, il s'agit de kystes gazeux du poumon associés à des lésions tuberculeuses, sans qu'il y ait retentissement apparent de l'une des lésions sur l'autre. 2° Les images kystiques et aériennes sont parfois secondaires, extériorisant des lésions d'emphysème ampullaire au sein ou aux environs de lésions tuberculeuses anciennes ou récentes. 3° Ces images kystiques et gazeuses traduisant des bulles d'emphysème sont secondaires à des lésions fibreuses dont l'étiologie ne peut être précisée. Elles sont peut-être en rapport avec des tuberculoses anciennes guéries : en tout cas elles simulent une tuberculose à évolution chronique. Des observations personnelles viennent illustrer ces données importantes qui montrent bien qu'une cavité pulmonaire n'est pas toujours une caverne, même chez les tuberculeux.

Séquelles graves d'entorses bénignes du cou-de-pied. — M. H. Billet. — Souvent méconnues, ces séquelles, parmi lesquelles figure l'ostéoporose généralisée des os du pied, peuvent, faute d'être soignées en temps utile, s'aggraver irrémédiablement, ou bien donner lieu à des erreurs regrettables de diagnostic. Dans l'une de ses observations, une fillette fut plâtrée pendant plus d'un an pour une soi-disant tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne.

L'infiltration systématique des foyers de fracture ou d'entorse avec de la novocaïne, suivant la méthode de Leriche, semble être le meilleur moyen préventif de ces complications.

L'anesthésie, par infiltration, du sympathique lombaire, l'irradiation radiothérapique de la région lombaire, et, en dernier ressort, la sympathicectomie périfémorale, sont à la base du traitement de ces séquelles.

Séance publique annuelle. — Cette séance aura lieu le mardi 8 décembre 1942.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1942.

Cancer endobronchique traité avec succès par la lobectomie précoce. — MM. Robert Monod et R. Kourilsky montrent que le caractère anatomique de ces tumeurs ne permet pas une exérèse complète par la voie endoscopique. La simple désobstruction de la bronche ne met à l'abri ni des récidives, ni de l'infection secondaire, si bien que seule l'exérèse chirurgicale large est logique. Les auteurs présentent une observation qu'ils ont traité avec succès par la lobectomie.

Kystes et pseudo-kystes intra-thoraciques. — M. Roux-Berger et Mme Roux-Berger-Blanchy.

Les lésions graves de la tête fémorale à la suite de tentatives infructueuses de réduction orthopédique dans les luxations congénitales de la hanche. — M. Leveuf apporte le résultat de douze biopsies faites au cours de réduction sanglante tentées après échec du traitement orthopédique ; ces lésions portent avant tout sur le cartilage et se caractérisent par des nécroses étendues. M. Leveuf constate que ces lésions sont semblables à celles de l'arthrite déformante de la hanche. Il y voit un argument de plus en faveur du traitement sanglant dès qu'une réduction orthopédique s'avère insuffisante.

Ténoplastie du long extenseur du pouce. — M. Mathieu a utilisé pour réparer la perte de substance qui était de 7 cm. des crins de Florence.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre 1942

Trois cas de toxicodermie observée chez des enfants. Erythrodermie bulleuse suivie d'épidermolyse et de pigmentation. — M. Lamy et M. Lamotte.

Syndrome atélectasique pulmonaire aigu post-hémoptoïque chez un adolescent au cours d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse. — MM. Nicaud, Lafitte et Barré.

Tuberculose pulmonaire post-opératoire. — MM. Ameuille et Wilmoth. — Il s'agit souvent de tuberculose pulmonaire méconnue antérieurement, qui a subi une poussée du choc opératoire. D'autres fois la tuberculose pulmonaire ne préexistait pas avant l'intervention. Elle peut s'expliquer soit par une embolie pulmonaire post-opératoire, soit par la suppuration de l'infarctus pulmonaire ainsi produit, soit par la tuberculisation de l'abcès.

Néphrite aiguë anurique consécutive à l'ingestion massive de sulfamides. — MM. Duvoir, Poumeau-Delille, Durupt et Hadingue. — Observation d'une femme de 26 ans qui, à la suite de l'ingestion pour une gonococcie, de 20 gr. de sulfamides, présenta une anurie avec élévation de l'azotémie à 1 gr. 50. Quand la diurèse se rétablit les urines contenaient de l'albumine. Guérison en quatre semaines. Les auteurs pensent que les troubles observés relèvent de l'encombrement des tubuli et d'une congestion glomérulaire, dont témoignait la présence d'hématies dans les urines.

L'emploi du 2339 en injections intraveineuses dans le traitement de la crise d'asthme. — MM. Decourt et Brault. — Le 2339 (produit de synthèse antihistaminique) peut être employé sans danger par voie veineuse dans la crise d'asthme, à la dose de 2 à 4 cm³ d'une solution à 2,5 %. Dans un cas intense la sédation fut immédiate pendant 24 heures et son effet fut longtemps comparable. Chez trois autres sujets la sédation fut nulle par suite de l'inégale réactivité des sujets.

Novocaïne intra-péritonéale. — MM. Ameuille et Lebourg. — L'injection de novocaïne dans le péritoine de sujets atteints de tuberculose intestinale douloureuse a donné de bons résultats. Les auteurs ont essayé le même traitement avec succès dans des pleurésies douloureuses.

Accidents hypoglycémiques au cours de la maladie d'Addison. — MM. Duvoir, G. Poumeau-Delille et Mlle Lindeux. — Observation de maladie d'Addison où dès le début le sujet accusa une sensation anormale de faim avec sensibilité particulière au jeûne. Plus tard, au cours du traitement par la cortine de synthèse, des accès d'hypoglycémie apparurent spontanément avec glycémie à 0 gr. 42.

Les auteurs insistent sur l'importance du trouble de la régulation du glucose mis en évidence par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée.

Sur l'embolie gazeuse cérébrale consécutive aux interventions pleuro-pulmonaires. — MM. Ameuille et J. Lhermitte. — Chez un homme de 27 ans, atteint d'abcès pulmonaire, l'intervention fut pratiquée sous anesthésie générale ; au réveil le patient présentait une quadriplégie qui devint spasmodique et ne s'améliora que relativement.

L'étude anatomique montra l'existence d'une lésion cérébrale spéciale, limitée aux plans profonds des circonvolutions rolandiques, une fonte spongieuse de l'écorce cérébrale. Cette altération correspond à un processus d'ischémie locale localisée à la partie supérieure des circonvolutions sensitivo-motrices. Ce cas vient démontrer l'inanité du réflexe pleural souvent invoqué et jamais justifié.

Singulier cas d'ectopie gastrique congénitale. Estomac occupant l'hémithorax droit. — M. Jacob, Mme Sancle et M. J. Macat présentent les radiographies d'un sujet en excellente santé, dont l'estomac inversé occupe la partie postérieure de l'hémithorax droit, au-dessus du diaphragme, l'image rappelant un peu celle d'un hydro-pneumothorax médiastinal.

Séance du 30 octobre 1942

Sur l'absorption perlinguale de la désoxycorticostérone. — MM. de Gennes et Roge. — Observation d'un grand addisonnien observé depuis 1937 aux points de vue clinique et humoral, traité par des injections de sel et de cystéine, puis par des extraits cortico-surrénaux, et équilibré ensuite par l'injection quotidienne de 5 gr. de cortine de synthèse. Ils préconisent maintenant l'absorption linguale de l'hormone par l'intermédiaire de solvants dont le propylène-glycol semble le meilleur.

Sur un cas d'acido-cétose salicylée grave avec coma et syndrome purpurique. Guérison après traitement glyco-insulinique. — MM. de Gennes, Mahondeau et Laudat. — Observation d'une jeune fille de 23 ans qui, après trois jours d'un traitement salicylé, présenta du délire et un coma acidosique très grave. L'état ne céda qu'à la suite d'un traitement insulinique accompagné d'injections intraveineuses de glucose. Les analyses démontrèrent que dans ce cas il s'agissait d'une acido-cétose et non d'une acidose due au salicylate. Ils affirment que le traitement insulinique agit sur cette cétose comme sur l'acidose diabétique.

Un nouveau cas d'ostéose douloureuse avec pseudo-fractures. — MM. Debray, F. Alison et J. Musset. — C'est le deuxième cas de syndrome de Volkman que l'un des auteurs a observé en neuf ans de pratique non spécialisée. Ces auteurs insistent sur les caractères des douleurs et sur la démarche de canard, particulière. Les troubles intenses et anciens disparurent après deux mois de repos et de traitement recalcifiant.

LAXATIF DOUX

MUCINUM

1 à 2 comprimés par jour

" INNOTHERA " - ARCUEIL (Seine)





Extrait d'Orges germées sélectionnées

Possède une haute valeur de NUTRITION
88 % de Maltose
2,5 % de Phosphates organiques

Facilite considérablement la DIGESTION
par ses diastases actives

Favorise le processus de l' ASSIMILATION
44 mg. de Vitamines B_1 par 100 g. de produit (titrage obtenu par l'électrophotomètre de P. Meunier)
Fer, Manganèse, Magnésium sous forme organique.

LABORATOIRES MOSER & Cie 8, CHEMIN DE MONTBRILLANT · LYON

LAXATIF - CHOLAGOGUE - VERMIFUGE - ANTISEPTIQUE INTESTINAL

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS DOSÉS { à un milligramme, à un quart et à un demi-centigramme / à un, deux et cinq centigrammes

MÉDICAMENT de CHOIX en MÉDECINE INFANTILE

LABORATOIRES VICARIO, 17, Bd HAUSSMANN - PARIS (9e)

Bulle d'emphysème transitoire après un abcès du poumon. — MM. Duvoir, G. Poumeau-Delille, Deprez et Mlle Lindeux. — Observation d'une malade chez qui des radiographies successives ont permis de saisir au voisinage d'un abcès du poumon une voie de guérison ; l'apparition, le développement, puis la régression en quatre mois d'une bulle d'emphysème. Une obstruction bronchique à soupape dépendant de la suppuration pulmonaire est probablement à l'origine de la bulle d'emphysème.

Sur les accidents cérébraux de l'arsénothérapie. (A propos d'un cas d'apoplexie séreuse à forme confusionnelle, terminée par la guérison.) — MM. Jacques Decourt et A. Brault rappellent l'opposition faite par M. Milian, parmi les accidents cérébraux de l'arsénothérapie, entre les accidents précoces de nature « biotropique », et les accidents tardifs, du type de l'apoplexie séreuse, qui seraient d'ordre toxique. Dans le cas actuel, il s'agissait d'une apoplexie séreuse vraie. Les accidents revêtirent un aspect analogue à celui que M. Milian assigne aux encéphalites biotropiques. Ils apparurent après la 6e injection de novarsénobenzol. D. et B. pensent qu'on ne peut opposer de façon absolue les accidents cérébraux du 9e jour et l'apoplexie séreuse tardive, les différences notées en clinique leur semblant tenir à la réactivité variable des sujets.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 20 octobre 1942

Surélévation congénitale de l'omoplate avec pièce osseuse surnuméraire. — M. Rœderer décrit la malformation observée chez une fillette de 14 ans. L'os surnuméraire unit l'omoplate à la 5e apophyse épineuse autour de laquelle semble pivoter le scapulum. Une hémivertèbre est annexée à C 7. On voit enfin deux côtes cervicales.

Etude sur la croissance pondérale des garçons et des filles d'un groupe scolaire de banlieue en 1941-42. — M. Boulanger-Pilet et Mme Renard ont constaté que 30 % des enfants avaient maigri ou n'avaient pas pris de poids. Les enfants de 10 à 14 ans souffrent plus que ceux de 5 à 10 ans. Enfin, la grosse poussée pondérale est souvent retardée.

M. Launay confirme les chiffres précédents en se basant sur les rapports des médecins des écoles. Il signale d'autre part que la morbidité ne s'est pas accrue en proportion.

Maladie de Schuller-Christian. — MM. Garnier et Maignant présentent un cas typique chez une fillette de 5 ans. L'exophtalmie est apparue brusquement et on a constaté des lacunes craniennes importantes en même temps que la radiographie décelait de nombreuses anomalies osseuses, dont quelques-unes se sont modifiées spontanément. Il n'y a pas de diabète insipide surajouté et le syndrome humoral est normal.

L'emploi du salicylate de soude chez l'enfant et les accidents de cette médication. — M. Hurez, rapporteur, confirme l'action évidente et spécifique du médicament sur les phénomènes fluxionnaires articulaires du R. A. A. Il conclut à son inefficacité dans le traitement des séquelles viscérales et des localisations cardiaques, à l'exception toutefois de la péricardite.

Cette médication est susceptible d'autre part d'engendrer des accidents dans un nombre de cas relativement élevé et croissant. Il semble qu'il y ait une intolérance, même à doses normales, chez certains sujets prédisposés. Certaines de ces intoxications sont mortelles.

Il insiste sur les prodromes qui doivent faire redouter l'intoxication, vertiges, bourdonnements d'oreille, céphalée et, à un degré de plus, délire, épistaxis et troubles respiratoires. Il ne faut administrer le salicylate que chez les sujets dont le rein est indemne ; on vérifiera quotidiennement son élimination et au moindre signe d'intolérance on mesurera la réserve alcalise et on recherchera la cétonurie (difficile à apprécier à cause de la coloration due au salicylate avec $Fe^2 Cl^6$).

Le traitement consiste à alcaliniser le malade en même temps qu'on institue une cure gluco-insulinique. Il semble qu'il faille écarter actuellement les produits spécialisés pour avoir recours uniquement au salicylate du codex additionné d'un poids double de bicarbonate de soude.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE LUDWIG

C'est le phlegmon diffus gangreneux du plancher de la bouche.

Affection rare, d'une exceptionnelle gravité, que Gensoul décrivit pour la première fois en 1830.

I. — ETIOLOGIE

A. — Terrain :

Homme jeune (20-30 ans).

Le rôle favorisant d'un mauvais état général, d'une tare (éthylisme, diabète) est à signaler, mais le phlegmon peut s'observer chez des individus jeunes et vigoureux.

B. — Causes locales :

Pas toujours très précises, la lésion originelle est souvent si discrète qu'elle est déjà cicatrisée quand on voit le malade.

1° *Deux grandes causes :*

a) *Infections dentaires :*

α) Gangrène pulpaire : est très souvent en cause (70 % des cas).

Le phlegmon lui succédant par l'intermédiaire d'une monoarthrite apicale suppurée.

β) Accident d'éruption de la dent de sagesse inférieure.

L'infection gagnant le plancher à partir du sac péricoronaire.

γ) Pyorrhée alvéolo-dentaire.

δ) Intervention dentaire :

Obturation, surtout après désinfection insuffisante.

Extraction créant des lésions de la muqueuse et ouvrant les lymphatiques.

b) *Infection amygdalienne :*

Dans 10 à 15 % des cas.

Il s'agit d'angines à tendance nécrotique et gangreneuse, d'angines de Vincent, mais aussi d'amygdalites d'aspect banal.

2° *Causes rares :*

a) Fracture du maxillaire inférieur.

b) Plaie de la muqueuse buccale (minime parfois).

c) Cancers infectés : joue, langue, plancher.

d) Abcès centro-lingual.

C. — Bactériologie :

1° Trois sortes de microbes :

Des aérobies très variés : surtout strepto puis staphylo, coli, etc.

Des anaérobies : perfringens, œdématiens, etc.

Des fuso-spirilles.

2° Bref :

Pas d'agent spécifique.

Des germes qui, faiblement virulents à l'état normal, le deviennent particulièrement à l'occasion d'une érosion muqueuse, d'un trauma de la région ou d'un état de moindre résistance organique.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — Siège du phlegmon :

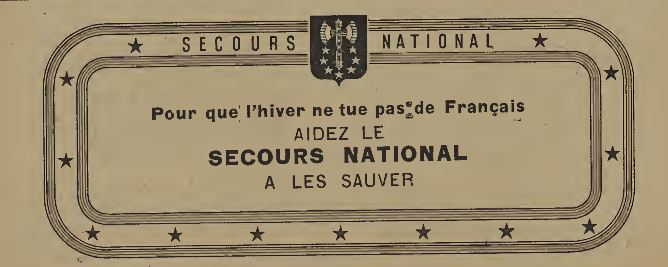
En pleine loge sublinguale.

Au-dessus du mylo-hyoïdien, entre lui et la muqueuse (la section du muscle sera indispensable pour le traitement).

B. — Nature des lésions :

1° Pas de pus.

2° Mais des lésions de gangrène : tissus lardacés, sphacélés, infiltrés de sérosité louche et fétide avec parfois production de gaz.



III. — CLINIQUE

A. — Début très variable.

1° *Parfois progressif :*

a) Par :

α) Des S. G. : fatigue, pâleur, frissons, insomnie.

β) Des signes locaux : gêne légère à la mastication et aux mouvements de la langue ; léger empâtement du sillon gingivo-lingual.

b) Tous signes qui sont trop facilement mis sur le compte de l'affection causale.

2° *En règle, assez brutal*

Et en 24 à 48 heures l'affection est en pleine évolution.

B. — Etat :

Tout concourt à marquer la gravité de l'affection.

1° *Etat général :*

a) Aspect du malade est impressionnant : la bouche entr'ouverte, il salive abondamment, le cou tendu en avant, il est cyanosé, dysphonique, évitant tout mouvement de déglutition.

Son facies est pâle, terreux.

L'haleine et la salivation sont fétides.

La gêne respiratoire est marquée : dyspnée à la fois mécanique et toxique.

b) S. G. :

Température élevée (39-40) mais parfois moins et alors du plus mauvais pronostic.

Pouls surtout est rapide, mou, irrégulier, mesurant bien le degré de l'intoxication.

Urines très diminuées.

2° *Etat local :*

a) Dans la région sus-hyoïdienne :

α) Une tuméfaction :

Envahissant les régions sous-mentale et sous-maxillaire, débordant en fer à cheval autour du maxillaire avec lequel elle semble (à tort) faire corps, descendant plus bas jusqu'au cartilage thyroïde ou au delà.

Présentant trois caractères essentiels : elle est dure, indépressible, sans fluctuation, d'une dureté pierreuse ; elle est indolore (ou très peu douloureuse) ; elle diffuse avec une rapidité inouïe.

β) La peau qui la recouvre est normale.

γ) Il n'y a pas d'adénopathie appréciable, ou du moins elle est confondue avec la tuméfaction du cou.

b) Dans la bouche, si on peut vaincre le trismus :

α) On constate derrière l'arcade dentaire inférieure un bourrelet soulevant la muqueuse buccale, refoulant et immobilisant la langue contre le palais, bourrelet qui fait corps avec la tuméfaction sous-maxillaire comme le montre le palper bimanuel.

β) On recherche la porte d'entrée par un examen minutieux de la bouche et des dents.

C. — Evolution :

1° *Non opéré*, la mort est certaine et rapide :

Il est exceptionnel d'assister à l'ouverture spontanée après apparition de phlyctènes.

Le malade est mort avant par : asphyxie (œdème de la glotte) ; intoxication, collapsus cardiaque.

2° *Opéré :*

a) Guérison possible :

Elle est fonction de la précocité de l'intervention et de la résistance du terrain.

Elle ne sera obtenue qu'après suppuration prolongée.

b) La mort reste fréquente :

Par intoxication.

Ou par complications : fusées purulentes à distance, hémorragies secondaires profuses, broncho-pneumonie de déglutition.

IV. — FORMES CLINIQUES

A. — Formes suraigues hypertoxiques :

Tuent rapidement.

Ce sont de préférence les formes des sujets tarés (alcoolique, diabétique).

B. — Formes subaigues :

D'évolution plus longue (8-12 jours) elles laissent le temps à la suppuration de s'établir.

Il faut savoir d'ailleurs que tous les intermédiaires peuvent se voir entre l'angine de Ludwig et certains phlegmons circonscrits ou diffus mais sans gangrène, sans toxémie.

V. — DIAGNOSTIC

A. — Le plus souvent évident :

Basé sur :

La gravité des S. G.

La tuméfaction : son siège sus-hyoïdien, les caractères (dure et indolore).

La nature de l'évolution.

B. — Eliminer :

1° *Affections dentaires :*

a) La simple périostite alvéolo-dentaire est vite localisée à une dent mais elle peut provoquer une angine de Ludwig.

b) L'ostéo-phlegmon de la table interne (Sebileau) est de Δ plus difficile :

Car même siège sus-mylo-hyoïdien ;

Mais la tuméfaction fait corps avec l'os, est œdématiée et non pas dure, suppure ; la radio donnerait des renseignements, l'E. G. est moins inquiétant.

2° *Adéno-phlegmons :*

a) Non pas tant le sous-angulo-maxillaire qui est latéral et presque cervical.

b) Mais le sous-mental qui est médian ou para-médian.

C'est une tuméfaction relativement superficielle, circonscrite, avec un stade d'adénite, un œdème plus mou, aboutissant à la suppuration ; en outre intégrité du plancher buccal.

3° *Phlegmon de la loge thyro-glosso-épiglottique :*

Rare.

Tuméfaction ligneuse et douloureuse, à cheval sur les régions sus et sous-hyoïdiennes.

Intégrité du plancher de la bouche.

VI. — TRAITEMENT

(Son urgence)

A. — Chirurgical :

1° *Pas d'anesthésie :*

Dangers de la générale (syncope).

Inutilité de la locale le plus souvent.

2° *Incision :*

a) Au bistouri ordinaire ou électrique.

b) Par voie sus-hyoïdienne :

Soit médiane, verticale de l'os hyoïde au maxillaire.

Soit deux latérales, parallèles au bord inférieur de la mandibule.

Soit médiane associée à latérale.

c) Mais, quelle que soit l'incision, il faut, c'est essentiel, effondrer le mylo-hyoïdien, traverser de part en part le plancher jusqu'à la muqueuse buccale.

3° Drainage et irrigations à l'eau oxygénée au Dakin.

B. — Biologique :

1° Sérothérapie locale et générale, antigangreneuse polyvalente.

2° Toni-cardiaques.

3° Traiter le diabète s'il y a lieu (insuline).

Rouget.

Le traitement spécifique
— de l'alcalose —

ACTIPHOS

Laboratoire ROGER BELLON
78bis, Avenue Marceau, PARIS (8e)
24, Chemin de St-Roch, AVIGNON

INFORMATIONS

(suite de la page 438)

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES EN OR. — M. Randriamiharisoa (Paul) (à titre posthume), médecin de 4e classe de l'A. M. I. de Madagascar. Peste à Madagascar, 1941. — M. Rakotoson (Jean-Louis) (à titre posthume), servant au lazaret d'Ambohimiandra (Tananarive). Peste à Madagascar, 1941.

MÉDAILLE DE VERMEIL. — M. Benoit (Charles-Pierre-Arthur), médecin principal des T. C., Dédougou, Côte d'Ivoire. Trypanosomiase, Côte d'Ivoire, 1940-1942. — M. Goux (Henri), médecin de 1re classe des T. C., Ziguincher, Sénégal. Trypanosomiase, Sénégal, 1940-1941.

MÉDAILLE D'ARGENT. — M. Aballea (Jean-Joseph), médecin de 1re classe des T. C., Koudougou, Côte d'Ivoire. Trypanosomiase et méningite cérébro-spinale, Côte d'Ivoire, 1940-1941. — M Arnaud (Jacques-Paul-Marie), médecin de 1re classe des T. C., Fianarantsoa, Madagascar. Peste, Madagascar, 1940-1941. — M. Aubaile (Jacques-Charles-Marie), médecin de 2e classe des T. C., N'Guigmi, Niger. Méningite cérébro-spinale, Niger, 1941-1942. — M. Berte (Eugène-Marcel), médecin de 1re classe des T. C., Danana, Côte d'Ivoire. Trypanosomiase, Côte d'Ivoire, 1940-1941. — M. Bouffier (Adrien-Théophile-Jean), médecin de 1re classe des T. C., Diébougou, Côte d'Ivoire. Trypanosomiase, Côte d'Ivoire, 1939-1941. — M. Lacroix (Jean-Marie-Joseph), médecin de 1re classe des T. C., Paksé, Laos. Peste, Indochine, 1942. — M. Marinot (Jean-Marie), médecin de l'A. M. I. de l'Indochine, Chaudoc, Cochinchine. Peste, Indochine, 1941. — M. Riou (Maurice-Victor), médecin en chef de 2e classe des T. C., hôpital de Lanessan, Hanoï. Méningite cérébro-spinale, Indochine, 1939-1940. — M. Traore (Léon), médecin auxiliaire, Koudougou, Côte d'Ivoire. Trypanosomiase et méningite cérébro-spinale, Côte d'Ivoire, 1941. — M. Weber (René-Aloïs-Alphonse), médecin de 1re classe des T. C., Bobo-Dioulasso, Côte d'Ivoire. Trypanosomiase, Côte d'Ivoire, 1941-1942.

MÉDAILLE DE BRONZE. — M. Andriamboavonjy (Arison), officier de santé auxiliaire, Tananarive. Méningite cérébro-spinale, Madagascar, 1940. — M. Begat (Louis), médecin auxiliaire principal, Bougouni, Soudan. Trypanosomiase, Soudan, 1940-1941. — M. Bouche (René-Emmanuel-Marie-Joseph), médecin de 2e classe des T. C., Djibouti. Fièvre typhoïde, Côte française des Somalis, 1941. — M. Cléret (François-Marcel), médecin auxiliaire de réserve, hôpital de Lanessan, Hanoï. Méningite cérébro-spinale, Indochine, 1939-1940. — M. Fabre (Joseph-Antoine-Pierre), médecin en chef de 2e classe des T. C., école du service de santé de la marine et des colonies. Trypanosomiase et fièvre jaune, Afrique occidentale française et Afrique équatoriale française. — M. Grima (Roger-Maurice), médecin de 1re classe des T. C., Tonkin. Méningite cérébro-spinale, Indochine, 1939-1940. — M. Hochstetter (Jacques), médecin principal des T. C., direction du service de santé des colonies. Trypanosomiase, Côte d'Ivoire, 1927-1929. Choléra, Chine, 1942. — M. Le Minor (Edouard-Eugène-Léon), médecin de 1re classe des T. C., Niger. Méningite cérébro-spinale, Niger, 1941-1942. — M. Le Scouezec (Pierre-Edmond-Joseph), médecin principal des T. C., hôpital de Tananarive. Méningite cérébro-spinale, Madagascar, 1940. — M. Maillot (Lionel-Georges-René), médecin de 2e classe des T. C., Guiglo, Côte d'Ivoire. Trypanosomiase, Côte d'Ivoire, 1940-1941. — M. Mary (Paul-Pierre-Léo), médecin de 1re classe des T. C., Mamou, Guinée française. Trypanosomiase, Guinée française, 1939-1941. — M. Meyer (Daniel-Jean), médecin de 1re classe des T. C., Tiogo, Côte-d'Ivoire. Trypanosomiase, Côte d'Ivoire, 1941. — M. Morard (Georges-Félicien), médecin principal des T. C., Ouidah, Dahomey. Variole et lèpre, Dahomey, 1938-1941. — M. Natali (Jean-Charles), médecin de 1re classe des T. C., hôpital de Tamatave. Méningite cérébro-spinale, Madagascar, 1940. — M. Quenardel (André), médecin de l'A. M. I. de l'Indochine. Méningite cérébro-spinale, Indochine, 1939-1940. — M. Ratefiarivony (Charles), médecin de 4e classe de l'A. M. I. de Madagascar. Peste, Madagascar, 1937-1941. — M. Ristorcelli (Michel-Louis), médecin principal des T. C., hôpital de Djibouti. Fièvre typhoïde, Côte française des Somalis, 1941. — M. Roiff (Nama-Jean), médecin auxiliaire, Mamou, Guinée française. Trypanosomiase, Guinée française, 1935-1941. — M. Tiao Singkeo, médecin principal de l'A. M. I. de l'Indochine, Luang-Prabang, Laos. Variole, Indochine, 1939-1941. — M. Robert (Marcel), médecin de 1re classe des T. C., Gaoua, Côte d'Ivoire. Trypanosomiase, Côte d'Ivoire, 1940-1941. — M. Tran Van Nguu, médecin indochinois principal de l'A. M. I. de l'Indochine, Tanchau. Peste, Indochine, 1941.

MENTION HONORABLE. — Mlle Rasoazanapara (Julia), médecin stagiaire de l'A. M. I. de Madagascar, Tananarive. Méningite cérébro-spinale, Madagascar, 1940. — M. Egny Ossohou, médecin auxiliaire, Bâtié, Côte d'Ivoire. Trypanosomiase, Côte d'Ivoire, 1940-1941.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Questions fiscales : Le Forfait

Le forfait est une prime à la fraude ; pour qu'il soit choisi, il faudra évidemment qu'il apparaisse comme avantageux ; il en résultera que l'administration fera supporter à l'ensemble du Corps Médical les critiques que ces fraudes lui suggéreront, comme elle lui fera supporter les surcharges nécessaires pour retrouver ce qui lui sera ainsi soustrait.

C'est également un leurre : on nous dit que nous n'aurons plus à nous « astreindre à une comptabilité qui n'est ni dans nos habitudes, ni dans les usages de la profession médicale », que la déclaration annuelle ne comprendra que les revenus non professionnels ; tout cela est certes admirable, ou plutôt le scrait ; mais, en fait, de simplification ceux qui, sur la foi de ces belles promesses, choisiraient le forfait, auraient à fournir les déclarations suivantes :

1° Titres universitaires ou hospitaliers, ancienneté ;

2° Tarifs spéciaux appliqués pour des motifs personnels ou autres ;

3° Nature de l'activité professionnelle (médecine générale ou spécialité) ;

4° Ressources fournies par l'activité administrative publique ou privée (chemins de fer, assurances, etc.) ;

5° Montant des recettes brutes.

Il faudrait véritablement être exigeant pour ne pas voir dans cette cascade de déclarations une simplification manifeste !

Pour établir ces chiffres, il faudra avoir une comptabilité, il faudra même en avoir plusieurs puisqu'ils devront figurer dans des états et sur des chapitres différents.

Il est évident d'autre part que toute déclaration comporte un contrôle.

Ces quelques formalités remplies, ce sera le contrôleur qui établira le forfait qu'il jugera convenable ; pour peu qu'il se base sur les chiffres qui ont été publiés dans le Bulletin de l'Ordre, il y aura bien des surprises et bien des difficultés. Il ne sera, au reste, pas seul et se concertera avec un représentant de l'Ordre départemental. Ainsi les affaires de chacun seront connues par ce représentant et peut-être aussi par quelques autres.

Ce forfait nous est présenté sous l'apparence d'un bloc enfariné : il ne nous dit rien qui vaille.

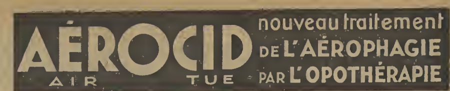
A. HERPIN.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation n° 83)

ASTHÉNIES (MUSCULAIRE NERVEUSE ET PSYCHIQUE)
DEUX COMPRIMÉS AVANT CHAQUE REPAS
PANTAVOINE
CORBIÈRE
EMPLOYÉS POUR LA PREMIÈRE FOIS EN THÉRAPEUTIQUE
PRINCIPES EXCITO-TONIQUES DE L'AVOINE
LABORATOIRES CORBIÈRE - 27, RUE DESRENAUDES, PARIS

Cette RIGUEUR de préparation que vous appréciez dans
l'ENDOPANCRINE
INSULINE FRANÇAISE
vous la retrouverez dans
l'HOLOSPLÉNINE et dans l'ENDOTHYMUSINE
EXTRAIT DE RATE INJECTABLE — EXTRAIT DE THYMUS INJECTABLE
Laboratoire de l'ENDOPANCRINE, 48, rue de la Procession - Paris-XVe

S.THIERY Phien 19, RUE FRANKLIN PARIS XVIe
BINOXOL Antiseptique gastro intestinal
CHLORALOSANE Hypnotique
DITHIORAL Antirhumatismal
SUNALCOL Antiseptique cutané
SUNOXIDON Fébrifuge Antiinfectieux
SUNOXOL Antiseptique pour usage externe
R.A.L. PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ETS KUHLMANN



un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher

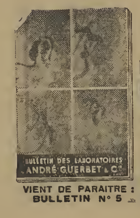
OPOCERES Reconstituant Biologique général

1 à 4 comprimés par jour

LABORATOIRES DE L'AEROCID, 20, RUE DE PÉTROGRAD, PARIS-8e







VIENT DE PARAITRE : BULLETIN N° 5

POUR VOUS DOCUMENTER SUR NOS PRODUITS

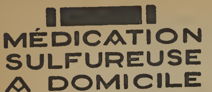
LIPIODOL - LIPIODOL "F" TÉNÉBRYL

DEMANDEZ LE

BULLETIN DES LABORATOIRES

ANDRÉ GUERBET & Cie

22, Rue du Landy — SAINT-OUEN (Seine)



SULFUREUX POUILLET

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EN BOISSON

Une mesure pour 1 verre d'eau sulfureuse.
Échantillon sur demande.

EN BAINS

1 flacon pour 1 bain sulfureux

EN COMPRIMÉS INHALANTS

1 à 2 compr. par inhalation

POMPANON, 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS

Dyspepsie
Gastralgie
Hyperchlorhydrie

sel de hunt

laboratoire Alph. Brunot,
16, rue de boulainvilliers,
paris-xvie

DERMATOSES-HYPERTENSION

4 à 8 pil. glutin. par jour
2 à 3 I. V. par semaine



LABORATOIRES TORAUDE
22, rue de la Sorbonne, PARIS
2, rue du Pensionnat, LYON

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRENOL

3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS

FORMULE

Peptones polyvalentes 0.03
Hexaméthylène-tétramine . 0.05
Phényl-éthyl-malonylurée.. 0.01
Teinture de Belladone 0.02
Teinture de Cratægus 0.10
Extrait fluide d'Anémone.. 0.05
Extrait fluide de Passiflore. 0.10
Extrait fluide de Boldo ... 0.05
pour une cuillerée à café

DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires

LABORATOIRES LOBICA – 25, Rue Jasmin – PARIS (16e)

TABLE DES MATIÈRES

N° 36. — 10 DECEMBRE 1942 115e ANNEE Ce numéro : 2 francs.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT. — Un an : France et Colonies, 75 fr. Etudiants, 40 fr. ; Etranger : 1re zone, 110 fr., 2e zone, 125 fr. » *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

POUR NOS ABONNÉS DE LA ZONE NON OCCUPÉE, adresser renouvellements et toutes communications aux Messageries Hachette, 12, rue Bellecordière, Lyon (Rhône) *Chèques postaux : Lyon 218* (Service *Gazette des Hôpitaux*)

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de médecins des hôpitaux (sous admissibilité théorique anonyme). — Les douze candidats dont nous avons déjà annoncé brièvement l'admissibilité ont été classés selon le nouveau règlement de l'assistance publique (le classement des candidats a été établi en additionnant non pas les points, mais les rangs obtenus à chacune des quatre épreuves. Ces rangs sont indiqués entre parenthèses).

MM. Debray (Ch.), 4 (1er, 1er, 1er, 1er). — Turiaf, 24 (8e, 10e, 3e, 3e). — Bolgert, 31 (9e, 8e, 8e, 6e). — Facquet, 36 (5e, 12e, 14e, 5e). — Brouet, 42 (2e, 32e, 6e, 2e). — Thieffry, 42 (6e, 2e, 15e, 19e) — De Graciansky, 49 (7e, 7e, 11e, 24e). — Laplane, 51 (11e, 9e, 21e 10e). — Domart, 51 (10e, 5e, 32e, 4e). — Bouvrain, 60 (14e, 4e, 34e, 8e). — Rubens-Duval, 63 (3e, 15e, 29e 16e). — Gaultier, 64 (26e, 6e, 2e, 30e).

Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité définitive). — Séance du samedi 28 novembre 1942. — MM. les Drs Thieffry, 19 ; Laplane 20 ; Facquet, 20 ; De Graciansky, 19.

Séance du dimanche 29 novembre. — MM. les Drs Gaultier, 20 ; Debray, 20 ; Boelgert, 19 ; Bouvrain, 20.

Séance du lundi 30 novembre 1942 (Saint-Antoine). — MM. les Drs Cachin, 20 ; Duval, 19 ; Frumusan, 18 ; Domart, 19,25 ; Turiaf, 18,75.

Section A. Séance du mercredi 2 décembre 1942. — MM. les Drs Facquet, 20 ; Bolgert, 19 ; De Graciansky, 19 ; Thieffry, 19.

Section B. Séance du vendredi 4 décembre 1942. — MM. les Drs Domart, 19,50 ; Salles, 20 ; Drouet, 20 ; Turiaf, 20.

Concours de l'externat (9 décembre 1942). *Questions données :*

Pathologie chirurgicale. — 1. Siège et caractères des adénopathies du cancer de la langue. — 2. Examen physique de l'abdomen chez un sujet atteint d'une perforation récente non traumatique d'un viscère abdominal. — 3. Où doit-on chercher les abcès froids ossifluents du mal de Pott dorso-lombaire et à quels signes reconnaît-on leur présence. — 4. Examen physique d'une luxation récente antéro-interne de l'épaule dans sa variété habituelle.

Pathologie médicale. — 1. Signes d'invasion de la rougeole avant l'apparition de l'exanthème. — 2. Renseignements fournis par la palpation, la percussion et l'auscultation dans un pneumothorax simple généralisé sans épanchement. — 3. Caractère du souffle dans l'insuffisance mitrale pure d'origine rhumatismale. — 4. Etat des réflexes tendineux et cutanés dans la polynévrite diphtérique. — 5. Examen au lit du malade des urines d'un diabétique. — 6. Caractères de la température et du pouls dans une fièvre typhoïde non compliquée à la période d'état.

Anatomie. — 1. Paroi interne osseuse de l'orbite. — 2. Trajet et rapports de l'artère radiale de la gouttière du pouls jusqu'à son point de pénétration à la paume de la main. — 3. Insertion supérieure de sterno-cléido-mastoïdien. — 4. Origine et trajet du tronc du nerf sciatique poplité externe, à l'exclusion des branches terminales. — 5. Rapports *immédiats* de la petite courbure de l'estomac.

RÉPARTITION DU JURY PAR SECTIONS.

Anatomie : MM. Cordier, Boudreaux et Lereboullet (Mardi, sam., 17 h. ; jeudi 9 h., Necker).

Pathologie médicale : MM. Poumailloux, Benoist et Bousser (Lundi, mercr., 18 h. ; sam. 9 h. 30, Laennec).

Pathologie chirurgicale : MM. Sauvage, Dollfus et Petit (Merc. 9 h. ; jeudi, vendr., 18 h., Necker).

Faculté de Médecine de Paris

Elections. — Le Conseil de la Faculté, dans sa séance du 26 novembre 1942, a proposé :

Pour la chaire de pathologie chirurgicale : M. Petit-Dutaillis, 23 voix (contre 18 à M. Moulonguet).

Pour la chaire de pathologie médicale : M. Chabrol, 40 voix (contre 1 à M. Guy Laroche).

Pour la chaire de clinique thérapeutique chirurgicale de Vaugirard : M. Sénèque, 23 voix (contre 17 à M. Basset, et 1 bulletin blanc).

Pour la chaire d'histoire de la médecine : M. Lian, 23 voix (contre 18 à M. Brulé).

Légion d'honneur

Santé publique. — *Chevalier.* — M. Grange (Robert), docteur en médecine, médecin en service à l'Hôtel-Dieu du Creusot : praticien de grande compétence professionnelle et d'une haute valeur morale, a toujours fait preuve, au cours de sa carrière, d'une abnégation et d'un dévouement dignes d'admiration. A trouvé la mort lors du bombardement du Creusot, le 17 octobre 1942, pendant qu'il prodiguait ses soins aux malades de l'Hôtel-Dieu. Cité à l'ordre de la Nation.

M. le Dr Gidon, professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Caen, radiologiste, martyr du devoir professionnel.

Santé

Conseil Supérieur de l'Assistance en France. Sont nommés membres du Conseil du titre de médecins des hôpitaux : MM. Cathala (Paris), Delore (Lyon).

Au titre de personnes qualifiées par leurs travaux et leur compétence spéciale : MM. les Drs Demay, Deprun, Dequidt, Gouriou, Lauzier ; les Professeurs Parisot (Nancy) et Perrens (Bordeaux), le Dr Jean Rieux.

Au titre de représentant des établissements publics : M. le Professeur Sigalas (Bordeaux). (*J. O.*, 21 novembre 1942.)

Travail

Commission permanente de la médecine du travail. — Cette commission a inauguré mardi ses travaux en présence de M. Hubert Lagardelle, secrétaire d'Etat au Travail et de M. le Dr Raymond Grasset, secrétaire d'Etat à la Santé.

A la jeunesse médicale

Le Centre National de Coordination et d'Action des Mouvements Familiaux a organisé une enquête sur les rapports de la Famille et de la Jeunesse. Il essaie spécialement de préciser : 1° l'attitude des jeunes en face du problème familial ; 2° l'action des mouvements de jeunesse et des organismes officiels s'occupant de la jeunesse en vue de sa préparation au mariage ; 3° les initiatives prises par les Associations de familles pour garder le contact avec les jeunes et assurer leur formation ; 4° les méthodes et les organismes permettant d'établir la collaboration nécessaire entre *Famille* et *Jeunesse*.

« Médecine et Famille » fait appel à tous les confrères et spécialement aux étudiants en médecine, pour collaborer à cette vaste enquête.

Les réponses devront arriver avant le 10 janvier 1943 à « Médecine et Famille », 28, place Saint-Georges, Paris (9e).

Cours

Collège de France. — Le cours du professeur Leriche commencera le vendredi 6 janvier, à 18 heures, amphithéâtre 6 et se continuera les lundis et vendredis à la même heure.

Objet du cours : Lois de la pathologie circulatoire. Physiologie pathologique des maladies de la vaso-constriction. Les vaso-constrictions artériolaires. Les maladies du froid. La maladie traumatique. La maladie post-opératoire. Le choc. La maladie de Raynaud et ses variétés. L'hypertonie artérielle et l'hypertension. Les maladies de la vaso-dilatation. Les maladies de la thrombose : les artérites oblitérantes.

Le premier cours portera sur : L'esprit de thérapeutique dans la chirurgie.

ARGINCOLOR
SIMPLE OU EPHÉDRINÉ
SOLUTION COLLOÏDALE de NUCLÉINATE D'ARGENT INCOLORE
Ne tache pas le linge
L. E. V. A. - L. GAILLARD, Pharmacien
26, rue Pétrelle, PARIS (9e)

Académie de Chirurgie. — Ont été élus pour 1943 : Président, M. Heitz-Boyer ; Vice-Président, M. Roux-Berger.

Nécrologie

— Le Dr Henri Bordier, agrégé libre de la Faculté de Médecine de Lyon, correspondant de l'Académie de Médecine dans la Section des Sciences physiques, décédé à l'âge de 80 ans, à Lyon.

— Le professeur Dustin, ancien recteur de l'Université de Bruxelles.

— Le Dr René Matton, ancien interne des hôpitaux de Paris (1889), ancien médecin consultant à Salies-de-Béarn.

— Le Dr Jacques-Léon Millot, chef de laboratoire des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement à Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'unité de la Médecine

L'unité de la Médecine ne saurait être discutée : tout se tient dans ce vaste domaine et on ne concevrait plus que quelqu'un se cantonnât exclusivement dans une de ses parcelles sans vouloir connaître l'ensemble. Quelle que soit la branche envisagée, elle ne peut subsister utilement que par ses liaisons intimes avec toutes les autres branches ; aussi comprend-on que cette unité de la Médecine ait été un des buts les plus délibérément poursuivis par le Corps Médical.

La Stomatologie est comme les autres spécialités médicales : il lui est indispensable d'avoir des lumières sur toute la Médecine ; ce lui est même encore plus indispensable qu'aux autres car son évolution a été retardée pendant le long sommeil qu'elle a connu au cours du siècle dernier.

Cependant, dans les dernières décades de ce siècle et depuis, elle a eu une brillante carrière : l'art dentaire d'alors s'est peu à peu transformé par les acquisitions que lui valaient les médecins instruits qui s'y étaient adonnés et il faisait de plus en plus, entre leurs mains, figure de spécialité véritablement médicale ; la loi précédente sur l'organisation de la Médecine avait couronné cette œuvre en exigeant le doctorat médical pour son exercice.

La loi du 10 septembre 1942 remet tout en question : sous sa forme actuelle, elle rompt l'unité médicale en classant en dehors des collèges de médecins les stomatologistes cependant, comme leurs confrères, docteurs en médecine ; en outre, dans le collège spécial où elle les relègue, elle les place en fait sous la tutelle des chirurgiens-dentistes, puisqu'il n'est prévu, pour les stomatologistes, que deux représentants de droit dans un conseil de neuf membres.

La situation est exactement superposable à celle des accoucheurs vis-à-vis des sages-femmes : comme les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes possèdent un diplôme, comme à eux ce diplôme ne permet qu'un exercice limité. Viendrait-il à quelqu'un l'idée de subordonner les accoucheurs aux sages-femmes dans un collège particulier différent de celui des médecins ?

C'est cependant cette déchéance qui a été infligée aux stomatologistes par une mesure qui pourra être un précédent pour d'autres spécialistes et qui tend à la dissociation de la Médecine.

Cette disposition constitue en réalité une régression de plus d'un siècle.

A. Herpin.

Ordre des Médecins

Service médical des travailleurs civils en Allemagne. — Le Conseil Supérieur nous prie d'insérer la lettre suivante du Secrétaire d'Etat à la Santé, ainsi que le projet de contrat qui fait suite.

Monsieur le Président,

« Les hautes autorités d'occupation m'ont fait connaître qu'elles recherchaient actuellement six médecins pour assurer, à titre bénévole, le service médical de bataillons de travailleurs civils en Allemagne. Ces médecins seraient répartis en trois équipes de deux, chaque équipe devant obligatoirement comporter un médecin à compétence chirurgicale.

Le rôle de ces médecins serait d'assurer les soins d'urgence aux travailleurs et de collaborer au service de la défense passive en cas de nécessité. Vous voudrez bien trouver ci-joint copie d'un projet de contrat qui nous est soumis par lesdites autorités.

Les hautes autorités d'occupation m'ont prié de bien vouloir vous saisir de cette question, et ont demandé s'il ne serait pas dans les possibilités de l'Ordre des Médecins d'indiquer six volontaires pour le service ci-dessus.

Veuillez agréer, Monsieur le Président..... »

Convention

Entre le trésor de l'Etat représenté par le délégué de l'Autorité militaire supérieure .... A. K.

Et M. ....

Il a été arrêté ce qui suit :

1° M. .... se charge, en qualité de médecin-chef (ou de médecin assistant) d'exécuter les examens et donner les soins médicaux aux personnes faisant partie du bataillon de travail L n° .... et d'assurer également les premiers secours nécessaires, dans la limite où ceux-ci font partie de ses attributions et suivant les indications du commandant du bataillon.

2° Les honoraires de M. .... sont fixés pour ses attributions de médecin-chef (ou de médecin assistant) à .... RM. par mois. Ils lui seront payés le 15 de chaque mois en cours.

N.-B. (Applicable « uniquement » aux médecins mariés dont la famille réside dans le pays d'origine, ou dans un pays où il s'est trouvé assimilé aux ressortissants du pays). Il recevra en outre une prime de séparation de 5 RM. par jour pour la durée de l'engagement.

L'envoi de fonds en France est autorisé dans les limites des prescriptions sur le virement de fonds à l'étranger.

3° Les impôts prévus par la loi sur les Finances du Reich seront perçus sur les honoraires mentionnés au § 2 ainsi que sur l'indemnité d'entretien mentionnée au § 5. En outre les sujets polonais seront frappés d'une taxe spéciale.

4° En cas de maladie entraînant une perte de capacité de travail, les honoraires continueront à être versés pour une durée de quatre semaines.

5° M. .... touchera une indemnité d'entretien calculée en raison de 1,20 RM. par jour.

Pendant toute la durée de l'engagement, le logement lui sera fourni gratuitement.

6° Pour des raisons d'ordre militaire, M. .... recevra un habillement du genre d'uniforme ainsi que les vêtements nécessaires à l'exercice de sa profession.

7° Les objets nécessaires à l'exercice de la profession médicale auprès du bataillon de travail, tels que instruments, médicaments, pansements, etc., seront fournis par le Reich.

8° M. .... se trouve assuré contre les accidents professionnels, conformément à la législation sur les Assurances sociales en vigueur dans le Reich et au HDV 179. Toutes les autres questions ayant trait aux assurances seront réglées dans le cadre de la réglementation générale du Reich sur les Assurances sociales.

Dans le cas où les honoraires attribués dépasseraient le plafond des assujettis aux Assurances sociales, l'intéressé sera redevable, en cas de maladie, des frais de son traitement.

En cas de maladie grave, un proche parent pourra bénéficier de la gratuité d'un voyage, sous réserve que ce voyage n'aura lieu qu'une fois.

9° Après six mois de présence, M. .... aura droit à un congé d'une durée de deux semaines, les jours nécessaires au voyage étant comptés en plus.

Un congé de la même durée sera accordé au bout de chaque nouvelle période de six mois.

Le voyage d'aller et retour pour le congé bénéficie de la gratuité.

10° L'entrée en fonction et l'exercice de la profession sont réglés par les arrêtés du chef d'entreprise. Toutes les autres questions relatives au contrat de travail relèvent du règlement appliqué dans ladite unité.

11° Le contrat de travail peut être dénoncé par les Autorités militaires avec préavis de deux semaines avant l'expiration du mois.

AGE		MÉDECIN CHEF	MÉDECIN ASSISTANT
Moins de 27 ans.........	RM.	400	327
27 ans révolus..................		446	370
29 » »		484	405
30 » »		530	433
32 » »		530	459
34 » »		538	485
36 » »		564	512
38 » »		591	560
40 » »		617	586
42 » »		643	612
44 » »		670	639

SINAPISME RIGOLLOT
RÉVULSION RAPIDE ET SURE
POUDRE DE MOUTARDE RIGOLLOT
POUR USAGE MÉDICAL
Cataplasmes sinapisés - Grands Bains
Bains de Pieds
Vente en gros :
DARRASSE, Phcien, 13, rue Pavée, PARIS
R. C. 17.602

Coli-bacilloses et toutes Infections - Parasites intestinaux
MICROLYSE
Imprègne l'organisme et en exalte tous les moyens de défense
LABORATOIRES de la MICROLYSE, 10, rue de Strasbourg, PARIS-X°

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE


DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR

IPECOPAN
CALME LA TOUX QUELLE QU'EN SOIT L'ORIGINE
FACILITE L'EXPECTORATION
PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (17e) - B. Joyeux, Docteur en Pharmacie



CRÉOSOTE + OXYQUINOLÉINE
AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

LABORATOIRES DEROL
34, RUE PERGOLÈSE - PARIS (16e)

SUPPOSITOIRES
RECTOSEPTAL
SULFAMIDÉ

SULFAMIDOTHÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE

RESYL

NOM DÉPOSÉ

ÉTHER GLYCÉRO-GAÏACOLIQUE SOLUBLE

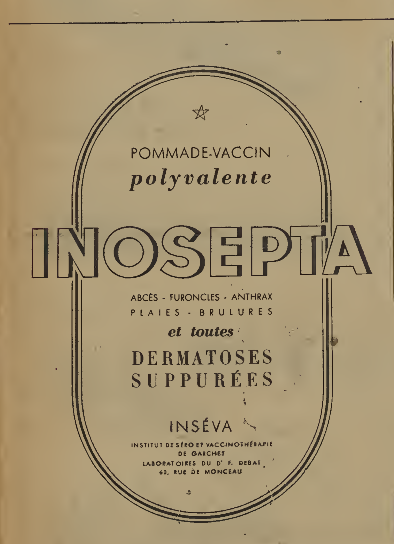
ANTISEPTIQUE PULMONAIRE

TOUX
BRONCHITES
TUBERCULOSE

CIBA

SIROP COMPRIMÉS AMPOULES

LABORATOIRES CIBA - Dr P. DENOYEL
103 à 117, boulevard de la Part-Dieu, LYON





Un aliment " prédigéré "

La farine SALVY, composée principalement de lait pur de Normandie, de farine de froment et de sucre, subit en cours de préparation une **action diastasique effective** et rigoureusement contrôlée. Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en maltose et dextrines. C'est **l'aliment parfait des enfants avant, pendant et après le sevrage.**

FARINE* LACTÉE DIASTASÉE

Préparé par BANANIA

SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets

FLUXINE

Gouttes et Dragées

Pour assurer l'alimentation régulière du nourrisson

PÉLARGON de NESTLÉ

à étiquette **ORANGE**

lait en poudre pour nourrissons acidifié - additionné par avance de sucre et farine.

« C'est le lait en poudre ***antidyspeptique*** *par excellence »*

Le PÉLARGON offre toutes garanties : Composition constante - Digestibilité due à l'acidification - Pas d'erreur de dosage - Préparation immédiate et facile, sans cuisson, par simple dissolution dans l'eau bouillie.

N. B. Pour les nourrissons malades ou exigeant un dosage spécial des hydrates de carbone, Nestlé prépare le PÉLARGON simple, à étiquette verte, sans sucre ni farine.

Produits NESTLÉ fabriqués actuellement :
Lait concentré sucré
Lait en poudre acidifié PÉLARGON
Babeurre en poudre ÉLÉDON
Farine Lactée
Farine sans Lait
aliments de sécurité.

NESTLÉ - PARIS

---

le traitement arsenical

de la **SYPHILIS ACQUISE**
traitement d'entretien
de l'**HÉRÉDO-SYPHILIS**
des **SYPHILIS ANCIENNES**
des **DERMATOSES**
associées à la syphilis
par

l'Acétylarsan

rigoureusement indolore
discret . facile
neurotonique & eutrophique

Composé arsenical d'élimination facile se prêtant à toutes les modalités du traitement mixte.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8e)

DRÉVILL

BOLDINE HOUDÉ

GRANULES TITRÉS A 1 milligramme — 3 à 6 par jour

ICTÈRE - LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE



Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

REVUE GENERALE

DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE CHEZ LES AMPUTÉS

Par M. Jean Lhermitte
Membre de l'Académie de Médecine

C'est une question qui fut bien souvent débattue que de savoir si, d'une manière générale, les amputés présentent une tension artérielle plus élevée que celle des sujets normaux, mais, encore que de nombreux travaux aient été consacrés à l'étude de ce problème, il faut bien confesser que celui-ci est loin d'être résolu. Cependant, la question est d'importance, tant du point de vue purement scientifique que d'un point de vue plus immédiat, c'est-à-dire social et médico-légal. Aussi la récente communication qu'ont donnée MM. Balthazard et D. Routier à l'Académie de Médecine a-t-elle avivé la curiosité des cliniciens et appelé l'intérêt des experts.

Pendant plus de vingt ans, Balthazard et D. Routier ont été appelés à examiner des amputés atteints de désordres circulatoires d'origine obscure, aussi était-il tout naturel que ces observateurs s'efforçassent de déterminer la part que l'on pouvait mettre à la charge de la mutilation dans le déterminisme des troubles cardio-vasculaires pour lesquels ils étaient consultés.

Ainsi que l'exprime D. Routier, dans le désir d'améliorer la situation matérielle des amputés de guerre, laquelle apparaît très justifiée, le médecin s'est vu obligé d'élargir le syndrome dont s'entoure toute amputation de guerre et d'y incorporer les troubles cardio-vasculaires dont souffrent un certain nombre de sujets qui ont été soumis à une amputation. Ces perturbations du régime circulatoire sont-elles réellement en relation directe et exclusive avec l'amputation? Tel s'offre le problème qu'il convient de résoudre.

Bien que partis d'un même point de départ et suivant la même voie, Balthazard et D. Routier ne tardèrent pas, cependant, à s'engager dans des perspectives tout opposées. Ainsi, tandis que D. Routier estime que l'hypertension qu'il a surprise chez nombre d'amputés peut aisément trouver son explication dans l'âge des sujets et si, pour cet auteur « il n'apparaît pas que l'accroissement du chiffre tensionnel puisse être rattaché de quelque manière que ce soit à l'amputation », M. Balthazard, au contraire, soutient « qu'il survient chez les amputés de guerre des troubles neurotiques et vaso-moteurs avec une fréquence telle qu'on ne peut nier leur relation avec l'amputation on peut dire exclusive, car l'âge ne les provoque pas en dehors de l'amputation de guerre ». Si les auteurs de la communication que nous visons ont abouti à des conclusions aussi diamétralement opposées, quelle peut donc en être la raison? Il n'est pas interdit de la rechercher.

Remarquons tout d'abord que, dans d'autres pays, les opinions montrent un égal partage. Ainsi que le rappellent, par exemple, dans un ouvrage tout récent, W.-H. Veil et A. Sturm, devant un amputé de guerre hypertendu, le médecin praticien qui a été assailli pendant de longues années de ses doléances, qui a été témoin des souffrances du mutilé, ne peut pas admettre que le trouble vasculaire soit purement juxtaposé à l'amputation et que quelque lien secret ne les réunisse point ; qu'on invoque la sédentarité, les troubles vaso-moteurs, l'irritation des nerfs du moignon, les fatigues qu'impose le port d'un appareil de prothèse ou encore l'obésité pour rendre compte de l'incidence trop fréquente de l'augmentation de la tension artérielle chez les mutilés, peu importe ; l'intuition médicale fait percevoir clairement la relation de causalité par laquelle se relient l'amputation et la perturbation vasculaire.

Tout autre se dévoile l'attitude du spécialiste : celui-ci, fort des données expérimentales et cliniques peut d'autant moins consentir à reconnaître dans la sédentarité, la fatigue, l'obésité, les excitations issues du moignon l'origine essentielle de l'hypertension que celle-ci, ainsi que le proclame d'ailleurs D. Routier, survient entre 52 et 56 ans, à cette période où, précisément, les statistiques générales signalent le maximum d'hypertendus. Dans la discussion qui fit suite à la communication de Balthazard et Routier, M. Laubry, après avoir rappelé que son ancien interne, M. Thomas, avait recueilli sur 500 cas d'amputation un total de 25 % de troubles cardio-vasculaires, confessa que s'il n'avait pas jusqu'à présent fait connaître son opinion sur le sujet en discussion, c'est que ses opinions étaient insuffisamment assurées et beaucoup moins absolues que celles qu'on lui offrait de partager et de soutenir.

Mais à lire d'un peu près le texte de M. Laubry, l'on s'assure que son éclectisme demeure à mi-chemin entre la sévérité de M. Routier et « l'indulgence accueillante de M. Thomas ». Et M. Laubry de rappeler le rôle prépondérant que jouent dans la genèse de l'hypertension l'hérédité, la prédisposition à l'artério-sclérose, le tempérament émotif ou neurotonique. A elle seule, poursuit Laubry, je ne crois pas que la perte brutale d'une masse de muscles, de nerfs et de vaisseaux ait grande responsabilité « mais l'on est frappé de voir les amputés de cuisse être incriminés avec une fréquence beaucoup plus grande que les mutilés du membre supérieur ». Toutefois, pour Laubry, ce qui semble compter bien davantage que le retranchement d'un segment de membre, ce sont les circonstances qui ont précédé la mutilation, et notre auteur insiste sur ce que les amputés dont on parle sont des grands blessés de guerre, ayant subi les fatigues du combat, le surmenage et les émotions qu'entraîne le drame de la guerre, qu'en outre l'amputation, bien souvent, n'a été réalisée qu'après une période de longue attente inquiète, assombrie d'anxiété, au cours de laquelle bien des moyens ont été mis en œuvre pour tenter de conserver un membre sévèrement traumatisé ; en sorte que le rôle de l'amputation en elle-même s'amenuise, encore qu'il ne soit pas négligeable.

Et Laubry de conclure que la responsabilité d'un syndrome hypertensif chez un blessé de guerre n'est passible d'aucune règle et demeure toujours une question d'espèce ; si bien souvent on doit la mettre en doute, on ne saurait systématiquement l'écarter. La question en est là ; oserait-on prétendre, cependant, que celle-ci est insoluble. Il est permis de ne le point penser et de croire que, si le problème était posé en des termes plus rigoureux, nous serions beaucoup plus près de la solution exacte à lui fournir.

***

Observons en premier lieu que Balthazard et D. Routier ne retiennent strictement que les amputés de guerre, que, par conséquent, ce n'est pas la mutilation d'un membre en elle-même que l'on envisage mais exclusivement l'amputation traumatique. Il faut donc bien garder dans l'esprit cette notion que le problème posé appartient au domaine de la traumatologie, et davantage encore, à la traumatologie de guerre.

Mais, d'autre part, parler d'amputation d'une manière aussi générale, n'est-ce pas attirer la confusion ; car, enfin, est-il loisible de comparer un amputé de la cuisse avec un amputé de membre supérieur? Tant au point de vue professionnel, social, familial que physiologique, la situation de ces deux sujets apparaît toute différente. La position du problème exige donc sur ce point une précision.

D'un autre coté, si l'on cherche à déterminer rigoureusement le rôle que peut jouer une amputation dans le déterminisme de l'hypertension artérielle, pour quelle raison élimine-t-on de cette confrontation les combattants qui ont subi de graves blessures des membres, dont les nerfs périphériques ou les plexus nerveux ont été sévèrement atteints? Est-ce pour la raison qu'ils n'ont pas subi d'amputation? Mais, précisément, rien ne serait plus instructif que de confronter la série des graves mutilés avec la série des amputés. Aussi bien les uns que les autres peuvent éprouver de vives souffrances et durables, être tenus à une existence sédentaire ou au port d'appareils de prothèse fort gênants.

Ainsi donc, si l'on tenait à s'appuyer sur des statistiques, il eût convenu que celles-ci fussent comparables entre elles et que l'on ne mélangeât pas, pêle-mêle, tous les amputés, quelle que soit leur mutilation pour les comparer avec des individus sains. Il serait, à notre sens, beaucoup plus profitable de confronter les amputés de guerre des membres supérieurs avec les amputés des membres inférieurs d'une part, et de mettre en parallèle les grands traumatisés des membres avec ceux dont la blessure a nécessité le retranchement d'un membre ou d'un de ses segments.

***

Or, si l'on cherche à établir une comparaison entre les amputés d'un des membres supérieurs avec les amputés de cuisse, qu'aperçoit-on du premier regard? La prédominance saisissante des perturbations circulatoires et de l'hypertension artérielle chez les blessés dont un membre abdominal a été retranché par le chirurgien.

Déjà, en 1934, R. Leriche écrivait : « J'ai l'impression que les amputés de la partie moyenne de la cuisse et les désarticulés de la hanche deviennent rapidement des hypertendus », et en 1935, Molinéry, après avoir rapporté l'observation d'un sujet qui, sept ans après une amputation de cuisse, vit sa tension subir une ascension progressive, estimait que la question de l'hypertension chez les amputés mérite d'être examinée.

Avec une précision plus grande, Valat montre en 1937 que le pourcentage des hypertendus amputés de cuisse s'élève à 20,63 % tandis que celui qui concerne les amputés de jambe n'atteint que 9,37 %. Fait remarquable, le même auteur constate que les lésions traumatiques graves du nerf sciatique entraînent une élévation manifeste de la tension artérielle dans une proportion de 23,08 %, ce qui semble démontrer, poursuit Valat, que dans le déterminisme de cette hypertension le rôle du système nerveux paraît indéniable.

Indépendamment des auteurs que nous venons de citer, Delius observe que sur 19 amputés de cuisse, 6 de ceux-ci présentèrent une augmentation de la pression artérielle s'élevant entre 150 et 220 mm. de Hg.

Dans le dessein de vérifier la statistique de Delius, Rausche ayant examiné 500 amputés de cuisse constata la réalité d'une hypertension chez 122 sujets, et fit remarquer que vers l'âge de 50 ans, la tension artérielle des amputés de cuisse atteint à peu près le double de valeur de celle des non amputés, enfin que les hypertendus offrent le plus souvent une obésité remarquable.

De son côté, Bömmes après avoir soumis à une critique sévère les données du problème, en éliminant les cas dans lesquels se retrouvent soit une hérédité suspecte, soit une obésité anormale, soit quelque atteinte rénale, soit enfin des signes d'artério-sclérose, se voit obligé de confesser que, dans certains cas au moins, il existe une relation directe entre l'amputation et la survenance de l'hypertension.

Plus récemment, H. Veil et A. Sturm observent que sur 17 hypertendus, 15 ont subi l'amputation de cuisse.

De ces faits, il résulte donc à n'en pas douter qu'il existe un lien de causalité entre le retranchement d'un membre et l'incidence de l'hypertension artérielle, mais que, d'autre part, il ne s'agit point d'une amputation quelconque mais de l'amputation de cuisse, enfin que certaines lésions graves du nerf sciatique semblent être aptes, elles aussi, à déterminer des troubles du même ordre dans le régime circulatoire.

***

Mais si la chose est exacte, comment rendre compte de cette élévation progressive de la tension artérielle ? On ne le sait que trop, la pathogénie de l'hypertension est fort loin d'être déterminée, il suffit pour le constater de lire les innombrables théories qui se sont fait jour et sur lesquelles les spécialistes disputent encore. Doit-on incriminer une participation primitive du rein, la néphrosclérose hypertensive, l'artério-sclérose, le spasme vasculaire ou telle modification du sang que l'on ne fait qu'entrevoir ? Enfin, sommes-nous en droit de nous fonder sur la qualité de l'hypertension pour décider qu'il s'agit dans tel cas d'hypertension d'origine rénale et dans tel autre d'hypertension déterminée par le spasme ou l'artério-sclérose ?

Les observations qui ont été relevées par MM. Balthazard et Routier ne nous éclairent pas sur ce point. En effet, et la description de ces auteurs en fait foi, l'augmentation de la pression artérielle des amputés ne s'extériorise pas par des phénomènes qui permettent une orientation pathogénique. Que remarque-t-on chez ces mutilés ? Quelques vertiges, des céphalées, une tendance aux lipothymies, des bouffées de chaleur suivies d'abondantes transpirations, de l'insomnie, enfin des sensations de constriction thoracique telles qu'elles apparaissent dans l'angine de poitrine accompagnées ou non de dyspnée d'effort et d'asthénie.

Du point de vue objectif la symptomatologie semble encore plus réduite : l'auscultation est muette, la radiographie ne permet de déceler que d'insignifiantes anomalies, enfin, il n'est pas jusqu'à l'électrocardiogramme qui n'atteste l'intégrité du cœur et de l'aorte. Pour ce qui est de la tension artérielle elle-même, celle-ci mesurée sur 154 amputés et dont les âges extrêmes vont de 39 à 66 ans, montre une courbe ascendante à partir de 43 ans, puis subit une ascension rapide vers 52 ans, à tel degré que la courbe de tension des sujets normaux est dépassée de 40 mm. Passé l'âge de 58 ans, la courbe tensionnelle décroît pour regagner les valeurs de la quarantaine vers 65 ans. La pression diastolique suit fidèlement les variations de la tension systolique.

Devons-nous rappeler que la division de l'hypertension en deux grands groupes qu'avait proposée Volhard : à savoir l'hypertension rouge et l'hypertension blanche, si elle répond bien à une réalité clinique s'est montrée trop fragile pour servir de base à une classification étiologique des hypertensions ; d'autre part, il semble bien aussi que les épreuves expérimentales du fonctionnement rénal n'autorisent pas à préciser dans tous les cas l'origine rénale ou extra-rénale de l'augmentation pathologique de la pression vasculaire. Que dire des constatations anatomiques sur le cadavre ? Sinon que celles-ci démontrent seulement qu'à une phase avancée de l'hypertension les lésions de néphrosclérose sont la règle, mais non point que celles-ci ont été antécédentes à l'hypertension.

Aussi, ne nous étonnons pas si, chez de nombreux amputés hypertendus observés par Veil et Sturm, l'autopsie révéla des lésions de sclérose rénale d'origine artériopathique.

Et d'abord, l'*infection* du moignon est-elle susceptible d'entraîner par un mécanisme obscur ou défini l'augmentation de la tension artérielle ?

Il est de fait que l'infection prolongée du segment de membre conservé apparaît assez fréquente chez les amputés atteints d'hypertension ; nous retrouvons celle-ci dans les observations exactement et longuement suivies par Veil et Sturm ainsi que dans celles que relatent Balthazard et D. Routier. Ces derniers ajoutent bien que « de nombreux amputés ayant eu des accidents septiques du moignon ne sont pas devenus hypertendus et que parmi ceux qui ont été reconnus comme hypertendus ne figurent pas uniquement de grands suppurants », mais ce que l'on incrimine ce sont moins les grands accidents septiques que l'infection presque indéfiniment prolongée d'un moignon de cuisse soumis aux incessants traumatismes d'un appareil de prothèse.

Toutefois, une interprétation de cette sorte qui serait exclusive semble, en vérité, bien fragile ; aussi s'efforce-t-on de trouver un chaînon intermédiaire entre l'infection et l'hypertension, en dehors de la néphrite qui apparaît trop manifestement secondaire au trouble vasculaire pour être considérée dans tous les cas, comme la cause essentielle de l'augmentation de la tension artérielle.

Ne pourrait-on supposer que l'infection chronique du moignon *sensibilise l'organisme* et spécialement le système nerveux auquel il faut toujours revenir lorsqu'on se propose d'expliquer l'hypertension artérielle permanente ? Telle est l'hypothèse nouvelle que suggèrent H. Veil et A. Sturm. Ces auteurs rapportent à ce propos douze observations ayant trait à des amputés chez lesquels l'hypertonie a été précédée d'accidents infectieux plus ou moins sévères et généralement prolongés, et insistent sur cette donnée nouvelle que, dans plusieurs cas, l'hypertension fut accompagnée de symptômes caractéristiques de la *thyréotoxicose* et qui se spécifiaient par le tremblement, l'augmentation de volume du corps thyroïde, la tachycardie, la nervosité générale et même, parfois, par l'augmentation de la teneur en iode dans le sang.

***

Toxi-infection, sensibilisation allergique de l'organisme, thyréotoxicose pourraient donc être tenus pour des éléments primitifs du déchaînement de l'angiospasme généralisé et durable, base essentielle de l'hypoextension permanente. Mais cet angiospasme que la plupart des auteurs considèrent comme le facteur déterminant de l'hypertension, qui le provoque et spécialement chez nos amputés de cuisse, quelle est la cause qui le déclenche et le maintient en activité ? C'est à ce problème qu'est consacrée la plus grande partie de l'ouvrage de H. Veil et A. Sturm.

En se basant sur cette donnée de fait que nombre de commotionnés ou de contusionnés cérébraux sont frappés d'hypertension artérielle, de même que beaucoup d'amputés de cuisse, Veil et Sturm considèrent que cette augmentation de la pression vasculaire ne peut tenir sa source que dans une stimulation des centres végétatifs régulateurs du tonus vasculaire.

Or, les expérimentateurs et les physiologistes ont établi que ceux-ci avaient leur siège dans la partie postéro-latérale du mésodiencéphale. Faut-il rappeler que Karplus et Kreidl, par l'excitation de cette région, ont pu déterminer tout ensemble l'hypertension vasculaire et la contraction des vaisseaux, que Dixon et Heller ont observé par l'injection de Kaolin dans la citerne cérébello-médullaire les mêmes phénomènes grâce à la distension du 3e ventricule que celle-ci provoque ?

Si ces données sont exactes, et nous n'avons nulle raison d'en douter, de quelle manière une amputation, et singulièrement une amputation de cuisse, peut-elle influencer ce dispositif diencéphalique régulateur vasculaire ? Ainsi que l'ont fait voir les physiologistes tels que Vulpian et Schiff, les excitations portées sur le nerf sciatique sont spécialement aptes à déterminer des perturbations vaso-motrices généralisées, d'autre part, Cannon et Bayliss nous ont appris que les traumatismes sévères de la cuisse entraînaient souvent des chocs spécialement graves accompagnés de vaso-constriction et de sudation généralisée ; enfin, et ce point semble d'un intérêt singulier, Orbeli et Sturm ont fait voir que les réactions vaso-motrices étaient tout autres sur le thorax et les membres inférieurs et que telle stimulation qui provoque une vaso-dilatation sur le thorax entraîne, à l'opposé, une vaso-constriction sur les cuisses.

Tous ces faits sont à retenir surtout en ce qu'ils montrent à quel point se différencient les conséquences des altérations anatomiques ou physiologiques qui atteignent, ici, la partie supérieure du corps et, là, les membres abdominaux.

Mais à supposer démontrée l'hypothèse de l'origine vaso-constrictive de l'hypertension des amputés, il conviendrait de faire voir pourquoi, précisément l'amputation de cuisse et la désarticulation de la hanche sont susceptibles beaucoup mieux que toute autre mutilation, de susciter l'augmentation de la pression vasculaire. On n'aperçoit pas très bien, en effet, la raison pour laquelle le centre diencéphalique presseur serait plus accessible aux stimulations issues de la cuisse qu'à celles dont l'origine se trouve dans le membre thoracique.

Qu'on nous permette donc de proposer ici, une explication que nous ne suggérons qu'à titre d'hypothèse.

Ainsi qu'on le sait depuis longtemps, et comme l'ont précisé les expériences de Goldblatt, l'ischémie des reins entraîne une hypertension artérielle permanente, laquelle ne s'accompagne pendant un temps fort long, d'aucune perturbation de la fonction d'élimination rénale : tout se passe donc comme chez l'homme atteint d'hypertonie maligne à ses débuts.

Si l'on poursuit l'expérience en réduisant encore l'irrigation rénale, la pression s'élève encore dans les artères périphériques tandis que se développent des lésions dégénératives des glomérules et qu'apparaissent des perturbations de l'élimination azotée. Il apparaît donc, ici, une analogie des plus étroites entre l'hypertension permanente secondaire à la réduction de l'irrigation rénale et la néphro-angio-sclérose humaine.

Nous savons, d'autre part, que les reins se montrent très sensibles à la vaso-constriction provoquée, par exemple, par la stimulation des nerfs splanchniques, laquelle détermine une réduction volumétrique du rein tandis que la section de ces nerfs entraîne par la vaso-dilatation un gonflement de l'organe.

Or, les recherches anatomiques ont révélé que le plexus rénal est alimenté non pas seulement par les splanchniques mais aussi par des filets de la chaîne prévertébrale du sympathique correspondant aux 2e et 3e segments lombaires (L. Müller), en sorte que toute excitation portée sur le segment inférieur de la moelle épinière est capable de déterminer, par voie réflexe, la vaso-constriction des reins. C'est précisément ce qu'ont montré les expériences des physiologistes.

Ces faits étant accordés, il est donc permis de supposer que, chez l'amputé de cuisse, dont le nerf sciatique et le nerf crural ont été sectionnés, l'excitation subintrante du moignon retentit sur la circulation rénale en provoquant une vaso-constriction, et donc une ischémie relative analogue à celle que Goldblatt détermine en appliquant une pince spéciale sur l'artère rénale. Aussi bien dans la première que dans la seconde éventualité, le rein ischémié sécrète une substance vaso-pressive capable d'exercer sur les parois vasculaires une action vaso-constrictive directe (Wolf).

Excitation subintrante des nerfs du moignon, vaso-constriction rénale, sécrétion de la substance vaso-pressive formeraient donc les premiers éléments du mécanisme qui aboutit d'abord à l'hypertension pure puis à la néphro-angio-sclérose, qui se montre d'observation constante à l'autopsie des amputés de cuisse atteints d'hypertension permanente.

Il est à peine besoin d'ajouter que l'explication pathogénique que nous proposons vaut également pour les phénomènes cardio-vasculaires qui accidentent parfois la vie des amputés du membre supérieur mais, chez ceux-ci, la vaso-constriction n'affecte plus le rein mais le myocarde, créant ainsi les syndromes angineux dont l'authenticité nous paraît comme à M. Laubry, difficilement contestable.

Nous avons ainsi en mains une série de données qui permettent, dans une certaine mesure, de comprendre par quel mécanisme les traumatismes sévères des membres inférieurs et singulièrement ceux qui lèsent les nerfs sciatiques ou ceux qui ont entraîné une amputation *haute*, sont susceptibles de se compliquer au bout de longues années d'hypertension artérielle permanente et progressive.

Malheureusement le problème ne se limite pas là, car l'étude anatomique des amputés hypertendus a révélé l'existence fréquente de lésions vasculaires profondes et responsables des infarctus du myocarde ou de l'encéphale, cause fréquente de mort chez les sujets que nous visons. Ces altérations vasculaires consistent dans l'hyperplasie de la tunique moyenne







ÉTAT SABURRAL
DES VOIES DIGESTIVES

SABURRASE

GRANULÉ SOLUBLE

INSUFFISANCE HÉPATOBILIAIRE
DYSPEPSIES - CONSTIPATION
INTOXICATION GÉNÉRALE

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ
COURBEVOIE (SEINE)



Chez bien des malades, chez les convalescents, les enfants et adultes, sous-alimentés ou anémiés, s'installe un besoin glucidique supérieur, dû à la mauvaise utilisation par l'organisme des hydrocarbones, et aux pertes d'énergie issues de la maladie ou de la sous-alimentation.

Dans de tels cas, un régime de suralimentation glucidique s'impose. La DIASE CÉRÉALE, faite de farines sélectionnées de froment et d'orge, modérément blutées, additionnée d'une certaine quantité de diastase suffisante pour amorcer l'hydrolyse des amidons, permet la confection de bouillies d'ingestion facile grâce à leur fluidité et de haute concentration alimentaire grâce à leur teneur en polyoses assimilables.

Un régime glucidique ?

Vous l'avez dans la main en prescrivant

DIASE CÉRÉALE

LA FARINE DIASTASÉE DE RÉGIME

Etts. JACQUEMAIRE — VILLEFRANCHE (Rhône)

des artères et leur transformation en substance hyaline. Or, cette hyalinose vasculaire, l'hypertension à elle seule ne paraît pas être en mesure de l'engendrer ; et ceci nous ramène à chercher dans une toxémie une des circonstances qui s'ajoutent à l'augmentation de la pression vasculaire.

On le voit, le problème de l'hypertension chez l'amputé de guerre apparaît à l'analyse singulièrement compliqué.

Ce qui reste d'assuré, c'est que l'hypertension progressive se montre avec une électivité frappante chez les amputés de cuisse comme aussi chez les grands blessés des nerfs ou des plexus des membres abdominaux, que si tel processus infectieux ne peut être tenu pour négligeable ou fortuit, celui-ci ne constitue qu'un des facteurs du syndrome que nous avons en vue ; enfin, que si l'on veut décider si telle hypertension doit être regardée comme la conséquence exclusive de la mutilation, il convient d'éliminer les causes plus banales de l'hypertension artérielle : la sédentarité, l'obésité et avant tout l'hérédité hypertensive.

Ajoutons, enfin, que si, pour les amputations qui portent sur les membres thoraciques, l'hypertension apparaît notablement moins fréquente, il n'en demeure pas moins que cette mutilation peut s'accompagner de retentissements graves sur l'appareil cardio-vasculaire dont l'angine de poitrine est l'exemple le plus classique.

Après bien d'autres, nous avons observé des crises d'angor réflexe déterminées par des névromes spécialement sensibles siégeant sur le nerf cubital et que la résection faisait cesser. Mais à côté de ces faits d'explication aisée, il en est d'autres beaucoup plus troublants. Nous avons observé, par exemple, un amputé de l'avant-bras gauche, qui vingt ans après l'amputation éprouva des crises d'angine de poitrine à caractère coronarien et qui se caractérisaient par une aura singulière : l'apparition d'une main fantôme et douloureuse. Encore que cet amputé ne présentât aucun signe organique décelable : l'auscultation était muette, la tension artérielle normale, l'électrocardiogramme sans anomalies, la radiographie sans nulle déformation, la maladie poursuivit sa marche implacable et aucune médication ne modifia sensiblement les manifestations douloureuses et angoissantes des crises angineuses. En désespoir de cause nous fîmes appliquer l'irradiation roentgenienne sur le plexus cardiaque ; aucune amélioration ne fut obtenue. L'irradiation par les rayons X fut alors dirigée sur l'extrémité du moignon, bien que celui-ci n'ait jamais été douloureux et qu'on n'y perçut pas la trace du moindre névrome ; or, à notre grande surprise, notre amputé vit pendant plusieurs semaines ses crises s'espacer puis s'éteindre. Mais celles-ci plus tard reparaissaient et le blessé succomba une nuit au cours d'un paroxysme spécialement violent.

Etant donné que l'on ne pouvait relever, chez cet amputé, aucun facteur étiologique capable d'expliquer l'incidence de crises coronariennes, il est permis de se demander dans quelle mesure l'amputation de l'avant-bras gauche n'est pas responsable des manifestations angineuses dont la terminaison fatale fut l'ultime conséquence. L'influence heureuse de l'irradiation roentgenienne donnerait à penser que la mutilation n'est pas complètement étrangère au drame qui s'est déroulé.

En dernière analyse, nous nous croyons donc autorisés à penser que si nombre de graves blessures de guerre sont capables d'entraîner après de longues années de silence des retentissements cardio-vasculaires sérieux dont l'hypertension artérielle est un exemple frappant, l'on ne saurait nier que certaines amputations, et beaucoup plus spécialement les amputations de cuisse, peuvent déterminer une augmentation progressive de la pression artérielle au déterminisme de laquelle nombre de facteurs participent et que nos efforts doivent tendre à préciser plus rigoureusement.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Balthazard et D. Routier. La pression artérielle chez les amputés de guerre. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 7 juillet 1942.
(2) Bommes. Amputation ünd Blütdukckerhohung. *Münch. Med. Wochen*, 1940, vol. I.
(3) Delius. Kreislaüfkrankheiten ünd Nierenkrankheiten. *Arbeit ünd gesundheit*, 1936. Vol. 11.
(4) Laubry. Discussion sur la communication de Balthazard. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 7 juillet 1942.
(5) R. Leriche. Des amputations au point de vue de la mortalité, de la technique et de la physiologie. *Presse Médicale*, 7 nov. 1934.
(6) Molinéry. L'hypertension chez les amputés. *Assises Générales de Méd. Française*, 1935, cité par Veil et A. Sturm.
(7) R.-L. Müller. Die Lebensnerven und Lebenstriebe. Un vol., Springer.
(8) Raüsche. Uber den Züsammenhang zwischen Amputation ünd arterielle Blütdrück. *Mediz. Klinitz.*, 1939, p. 1418.
(9) Valat. De la tension artérielle chez les amputés. *Soc. de Médecine et de Pharmacie de Toulouse*, déc. 1935, in *Presse Médicale*, février 1936.
(10) W. Veil et A. Sturm. *Die Pathologie des Stammhirns ünd ihre vegetativen Klinischen Bilder.* Un vol., Fischer, 1942.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 1er décembre 1942

Quelques particularités de la souche neurotrope du virus aphteux. — M. C. Levaditi. — La souche neurotrope du virus aphteux a été isolée par Nagel et Hoffmann. Il s'agit d'une variante éminemment pathogène pour la souris par inoculation intracérébrale. L'auteur a étudié l'immunité croisée entre cette variante et la souche dermotrope du même virus, pathogène pour le cobaye. Il ressort de ses essais que le virus neurotrope ne vaccine pas le cobaye contre la souche dermotrope, alors que celle-ci, inoculée à la souris par voie péritonéale, cutanée ou cérébrale, lui confère un état réfractaire spécifique. Cette dernière constatation prouve l'identité de nature entre ces deux souches.

Un médecin bien embarrassé, Antoine Vallot de l'« incommodité » de Louis XIV, en 1655. — M. Pierre Nobécourt. — A 16 ans 8 mois Louis XIV présente un écoulement uréthral. Malgré toutes les vraisemblances, Antoine Vallot, son premier médecin, se refuse à en faire une blennorragie ; il le considère comme un mal extraordinaire qui le plonge « dans la dernière confusion ». Ce mal ne peut provenir « d'aucun venin que les jeunes gens débauchés contractent d'ordinaire avec des femmes impudiques » car le roi est chaste. Or tout le monde savait à la cour que Louis XIV, contrairement à son père, Louis XIII, avait un développement précoce de la fonction génésique, qu'il avait été déniaisé, à 16 ans, par une femme de chambre d'Anne d'Autriche.

Action des sels halogénés de magnésium sur la solubilité des sels de calcium. — MM. Delbet, Regnoult et Morant.

L'effort vocal. — M. J. Tarneaud.

Intoxications par l'oxyde de carbone. — M. André Kling attire l'attention sur la recrudescence inquiétante des cas d'intoxications par l'oxyde de carbone. Bien que dans le semestre d'hiver 1941, ceux-ci s'élevaient déjà à près de 1.000. Depuis, ce nombre a doublé.

Analysant les diverses causes de cette progression, il montre qu'elle va continuer à s'accélérer encore pendant les hivers suivants si des mesures préservatrices ne sont pas prises dès maintenant.

Le placement familial de l'Œuvre Grancher. — M. Armand-Delille rappelle le but de l'Œuvre Grancher et montre son développement.

Séance annuelle du mardi 8 décembre 1942

Présidence de M. Guillain, Président

Rapport général sur les prix décernés en 1942, par M. Brouardel,

Biologie, Famille, Nation. — Communautés naturelles et conventionnelles, par M. Achard, Secrétaire général.

Proclamation des prix décernés en 1942 : Prix de l'Académie, à M. Blanc, de Carcassonne. — Alvarenga, à M. Daels, de Gand. — Amussat, à M. Gineste, de Lille. — Les arrérages de la Fondation Anonyme, à M. Civatte, de Paris. — Prix Apostoli, à M. Degand, de Paris. — Argut, à M. Brenugat, de Passy-en-Savoie. — Fondation Audiffred. L'Académie accorde les arrérages de ce prix, à MM. Doubrow, Pyronnet, Thibault, Delamaire. — Prix Baillarger, à M. Adnès, de Châlons-sur-Marne. — Barbier, à M. Seringe, de Paris. — Les arrérages du Prix Berraute, à M. Jacques Lecœur, de Paris. — Blondet, l'Académie partage le prix entre Mme Randoin et MM. A. Giroud, J. Vieuchange, de Paris ; Harmand, de Nancy ; Dos Ghali, de Paris. — Bouchet-Renault, à Mlles de Rorthais, Valette et Lydie Tillieux. — Boullard, à M. Encausse, de Paris. — Boulongne, à M. Durel, de Paris. — Bourceret, à M. Chardon, d'Alger. — Brault, à MM. Mollinédo, Castanéda et Torréalba. — Buignet, à M. Rangier, de Paris. — Cailleret, à Mme Suzanne Gallot, de Paris. — Les arrérages du Prix Campbell-Dupierris, à Mlle Suzanne Pinel, de Montreuil-sous-Bois. — Capuron, à M. Quarante, de Coutances. — Chevallier, à M. Weill-Hallé, de Paris. — Clarens, à M. Leconte, de Gap. — Combe, à M. Villey, de Caen. — Daudet, à M. Mallarmé, de Paris. — Les arrérages de la Fondation Day, à Mme Gréaud-Vialle et à MM. Derobert, Duchêne et Perrin. — Demarle, à Mlle M.-Th. Regnier, d'Issy-les-Moulineaux. — Desportes, à Mlle Seror et à MM. Samper et Téjéra. — Dieulafoy, à M. Corteel, de Paris. — Fondation Dreyfous, à M. Mozziconacci, de Paris. — Prix Gustave Durante, à MM. Girard et Guinet, de Lyon. — Fournier, à MM. Desoille et Perel et à M. Hollier-Larousse. — Gaucher, à M. Malangeau, de Paris. — Godard, à Mlle A.-M. Masson, de Reims. — Gueretin, à MM. Soullard et Mande, de Paris. — Guillaumet, à M. Mans, d'Amiens. — Guinchard, à M. Lagaille, de Paris. — Les arrérages du Prix Guzman, à Mlle G. Marquis, de Paris. — Catherine Hadot, à MM. Paillas, de Paris ; Ferrié, de Casablanca ; Grynfelt, de Montpellier et Rousselin, d'Angeville. — Herpin (de Genève), à M. Sven Follin, de Neuilly-sur-Marne. — Herpin (de Metz), à MM. L. Romary et A. Romary, de Pouilly. — Itard, à M. Courtois-Suffit, de Paris. — Six parts de 10.000 francs de la Fondation Jansen, à MM. Briskas, Girard, P. Giroud, Max Jayle, Piettre et P. Nicolle, de Paris. — Prix Laborie, à M. Laurence, de Paris. — Larrey, à M. Le Gall et une mention honorable à MM. Fischer, Destand, Rendu et Turon. — Laval, à M. Antoine Rémond, de Paris. — Leveau, à M. Tardieu, de Paris. — Cl. Liard, à M. Sohier, de Lyon. — Lorquet, à Mlle Jouannais, de Paris. — Magitot, à MM. Bertrand, Dechaume et Lacronique, de Paris. — Magnan, à M. Soulairac, de Paris. — Merville, à M. Neel, d'Hauteville. — Merzbach, à M. Brissaud, de Paris. — Monbinne, à M. Ley et à M. Chassagne et une mention honorable à M. Mérieux. — Anna-Morin, à Mlle Lotte, de Paris. — Nativelle, à M. Janot, de Paris. — Orfila, à M. Derobert, de Paris. — Oulmont, à M. Debelut, de Paris. — Pannetier, à M. L'Hirondel, de Caen. — Berthe Péan, à Mlle Œmichen, de Paris. — Potain, à M. Breton, de Saint-Germain-en-Laye. — Pourat, à M. Joaquin Vinas Espin, de La Ciotat. — Ricaux (*diabète*), à MM. de Traverse et Walther, de Paris. — Ricaux (*tuberculose*), à Mme Coletsos-Lafay et à MM. Coletsos, de Passy ; Gerbeaux, de Paris et Gréhant, de Chaumont. — Robin, à Mme Blanquet, de Clermont-Ferrand. — Roussilhe (*dermatologie*), à M. Touraine, de Paris. — Roussilhe (*vénéréologie*), à M. Hudelo, de Paris. — Sabatier, à Mlle Mélik-Ogandjanoff, de Paris. — Saintour, à M. Lamotte, de Paris. — Stanski, à M. Morin, de Paris. — Tarnier, à M. Robey, de Paris. — Vautrin, à M. Chéramy, de Paris. — Vernois, à M. Cheftel, de Billancourt.

TABLE DES MATIÈRES

1942

A

B

C

D

E

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

F

G

H

I

J

K

L

M

N

TABLE DES AUTEURS

1942

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

PRENEZ PLUTOT un comprimé de CORYDRANE

GRIPPE • CORYZA
ALGIES • ASTHÉNIES

ACÉTYL - SALICYLATE DE NORÉPHÉDRANE

l'aspirine qui remonte

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
39, Bd de La Tour Maubourg, PARIS
Z.N.O. : PONTGIBAUD (PUY-DE-DOME)

CONGESTIONS PULMONAIRES
BRONCHITES
BRONCHO PNEUMONIES
COMPLICATIONS PULMONAIRES POST OPÉRATOIRES

LYSATS VACCINS DU Dr DUCHON
BRONCHO VACLYDUN
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

LYSAT VACCIN DES INFECTIONS BRONCHO PULMONAIRES
VACCIN INJECTABLE

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (Autorisation no 83)

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE

VALS SAINT-JEAN

ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
ET L'ADULTE
ARTHRITISME

Eau de régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Bien préciser le nom de la Source

Direction : VALS-SAINT-JEAN, 53, Boulevard Haussmann. — PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre

Véganine



Grippe, algies,
otites, névrites,
soins dentaires

LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A. - M. Guéroult, Docteur en Pharmacie - SURESNES (Seine)

AGOCHOLINE
DU Dr ZIZINE
STIMULANT HÉPATIQUE et BILIAIRE
GRANULÉ
Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude
LABORATOIRES du Dr ZIZINE, 24, rue de Fécamp - PARIS (12e)



SED'HORMONE
Reconstitution des Hormones bromées neuro-sédatives
— — par le DI-BROMO-CHOLESTÉROL — —
HYPER - EXCITABILITÉ NERVEUSE
ANXIÉTÉ - INSOMNIE
GRANDS SYNDROMES D'EXCITATION
MANIFESTATIONS CONVULSIVES
MAL ÉPILEPTIQUE ET SES ÉQUIVALENTS
DRAGÉES - SUPPOSITOIRES - SIROP
Laboratoires AMIDO
4, Place des Vosges - PARIS (IVe)
Zone libre : Laboratoires Amido - RIOM (P.-de-D.)

Granules CATILLON STROPHANTUS
à 0,001 Extrait Titré de
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine dès 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et des VIEILLARDS etc.
Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine" Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900
PARIS, 3, Boulevard St-Martin — R. C. Seine 48283.

COLITIQUE · STALYSINE
VACCIN BUVABLE ANTICOLIBACILLAIRE — VACCIN ANTISTAPHYLOCOCCIQUE
LABORATOIRES DU DOCTEUR P. ASTIER
42 & 41 A 47 RUE DU DOCTEUR BLANCHE
PARIS
PHILENTEROL
VACCIN POLYVALENT BUVABLE. COLIBACILLE-ENTEROCOQUE-STAPHYLOCOQUE
LYXANTHINE
SPÉCIFIQUE DE L'ARTHRITISME ET DU RHUMATISME
IODOPROPANOL SULFONATE DE SODIUM. BITARTRATE DE LYSIDINE. GLUCONATE DE CALCIUM



Viosten
Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines



Pour avoir récolte au verger faut de bonne heure le fortifier
Deficiences organiques
Comprimés • Injections de 1 c.c. • Granulés
LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XV°) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19

MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS
VEINOTROPE
MÉDICATION SYNERGIQUE A BASE D'EXTRAITS OPOTHÉRAPIQUES
3 FORMES
COMPRIMÉS M. F. et POUDRE
Laboratoires LOBICA, 25, rue Jasmin - PARIS (16°)

